



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LO SVILUPPO DELLA RESILIENZA
NEGLI INFERMIERI IMPEGNATI
NELLE MISSIONI UMANITARIE
E NEI CONTESTI DI EMERGENZA**

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di
Alessia Maria Ferrarini

A.A. 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: L'INFERMIERE NELLE MISSIONI UMANITARIE	3
1.1 TEATRI DI GUERRA	5
CAPITOLO 2.....	7
ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA DELLE CATASTROFI.....	8
2.1 IL TRIAGE START E PROTOCOLLO CESIRA	9
2.2 LO TSUNAMI DI PHUKET	13
2.3 TERREMOTO TURCHIA SUD-ORIENTALE	16
2.4 MEDICINA DELLE CATASTROFI E INTELLIGENZA ARTIFICIALE	18
CAPITOLO 3 ASPETTI PSICOLOGICI	20
3.1 IL DPTS E STRATEGIE DI COPING	23
3.2 IL BURNOUT	26
3.3 IL BUDDY CARE	28
3.4 SCALE DI VALUTAZIONE DELLA RESILIENZA	30
CAPITOLO 4 STUDIO: LA RILEVAZIONE DELLA RESILIENZA NEGLI INFERMIERI IMPEGNATI NEI SOCCORSI UMANITARI	33
4.1 INTRODUZIONE ALLO STUDIO	33
4.2 OBIETTIVI.....	34
4.3 MATERIALI E METODI	34
4.4 CRITERI DI INCLUSIONE.....	35
4.4.1 CRITERI DI ESCLUSIONE	35
4.5 TIMING	36
4.6 LIMITI.....	36
4.7 TABELLE E RISULTATI	37
DISCUSSIONE	46
CONCLUSIONI	47
BIBLIOGRAFIA E STILOGRAFIA.....	49

ABSTRACT

INTRODUZIONE: La resilienza è un fattore psicologico essenziale per gli infermieri che operano in ambienti caratterizzati da elevati livelli di stress, come le missioni umanitarie e le emergenze sanitarie. La capacità di affrontare e superare situazioni critiche è determinante per prevenire il burnout e garantire un'assistenza di qualità. Questo studio ha l'obiettivo di analizzare il concetto di resilienza negli infermieri attraverso una revisione della letteratura, esplorando strategie di adattamento, fattori di rischio e interventi di supporto.

OBIETTIVO: L'obiettivo di questa tesi è capire in che modo favorire lo sviluppo della resilienza negli infermieri sia coloro che operano in contesti umanitari sia coloro che si trovano a dover far fronte a situazioni di forte stress psicologico.

MATERIALI E METODI: È stata condotta una revisione sistematica della letteratura utilizzando database scientifici come PubMed. Sono stati selezionati articoli focalizzati sulla resilienza infermieristica in contesti di emergenza. L'analisi ha considerato sia aspetti psicologici che organizzativi, evidenziando strategie e programmi volti a rafforzare la resilienza degli operatori sanitari.

ANALISI DEI RISULTATI: Dallo studio emerge che la resilienza infermieristica è influenzata da fattori individuali, ambientali e istituzionali. Il supporto tra pari, la formazione continua e il supporto psicologico si sono rivelati elementi determinanti per il miglioramento della resilienza. Tuttavia, la scarsità di risorse, l'elevato carico di lavoro e l'esposizione ripetuta a situazioni traumatiche costituiscono determinanti barriere al benessere degli infermieri.

DISCUSSIONE E COCLUSIONE: La resilienza è un fattore cruciale per la sostenibilità della professione infermieristica, specialmente nei contesti critici. Per rafforzare questa competenza, è fondamentale implementare strategie di supporto organizzativo e psicologico, promuovere ambienti di lavoro collaborativi e incentivare la formazione. Le istituzioni sanitarie devono adottare misure mirate per sostenere gli infermieri, garantendo loro strumenti adeguati per affrontare il carico emotivo, le sfide professionali, al fine di preservare la loro salute mentale e fisica.

INTRODUZIONE

L'infermiere rappresenta una figura centrale nel panorama sanitario, svolgendo un ruolo fondamentale non solo in ambito ospedaliero e territoriale, ma anche in contesti di emergenza e crisi. Tra le varie sfide che il professionista infermieristico si trova ad affrontare, le missioni umanitarie rivestono un'importanza particolare, poiché implicano l'intervento in scenari di guerra, disastri naturali, epidemie e altre situazioni di emergenza che mettono a dura prova le capacità fisiche, mentali ed emotivi degli operatori. In queste realtà, l'infermiere non solo svolge funzioni di cura e assistenza, ma diventa anche un simbolo di solidarietà, umanità e speranza per tutte le persone coinvolte.

Le missioni umanitarie si caratterizzano per la loro complessità e l'imprevedibilità dei contesti in cui si svolgono. In tali ambienti, l'infermiere è chiamato a operare in condizioni di scarsità di risorse, con una costante necessità di adattamento alle circostanze locali e alle emergenze sanitarie emergenti. La sua preparazione professionale, unita a una forte componente etica e una spiccata resilienza psicologica, lo rende una figura indispensabile per la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e la cura.

Quando l'infermiere si trova a dover affrontare situazioni molto complesse, spesso incontra la perplessità data proprio dal presupposto che alcuni eventi, si fa fatica a credere, accadano veramente. L'infermiere nei teatri bellici ha un ruolo cruciale, sia durante che dopo i conflitti armati, ed è chiamato ad affrontare situazioni estremamente complesse e pericolose. La professione infermieristica in contesti bellici si è evoluta nel corso dei secoli, adattandosi alle diverse esigenze e alle tecniche mediche disponibili, ma ha sempre mantenuto il suo obiettivo primario: prendersi cura dei feriti, alleviare il dolore e contribuire al recupero dei soldati. Gli infermieri in guerra sono spesso tra i primi a intervenire in caso di ferite da arma da fuoco, esplosioni o traumi. La loro capacità di eseguire un primo soccorso tempestivo, fermare emorragie, stabilizzare i feriti e preparare i pazienti per il trasferimento negli ospedali da campo è fondamentale. In molte situazioni, il lavoro dell'infermiere è decisivo per la sopravvivenza del soldato.

Poiché in questo progetto di tesi viene trattato il ruolo dell'infermiere nelle missioni umanitarie e catastrofi naturali mettendo in risalto l'importanza della sua presenza nei teatri bellici, è doveroso fare riferimento all'associazione italiana medicina delle catastrofi.

L'importanza e lo scopo di questo elaborato di tesi è senza dubbio quello di sensibilizzare e dare la giusta rilevanza agli infermieri che prestano servizio al di fuori del contesto ospedaliero, mettendo a rischio in primis la loro salute fisica e mentale per sostenere, supportare, aiutare ed assistere professionalmente coloro che sono vittime di situazioni di conflitto e di disagio.

CAPITOLO 1: L'INFERMIERE NELLE MISSIONI UMANITARIE

L'infermiere che opera nelle missioni umanitarie con Organizzazioni Non Governative, si trova a doversi dirigere presso paesi colpiti da svariate tipologie di catastrofi, crisi ed emergenze derivanti da disastri naturali come alluvioni, terremoti ed uragani o guerre. In questi scenari la popolazione si trova a combattere con la fame, la povertà estrema e con malattie causate dalla scarsità dei processi di cura. L'infermiere in missione si sottopone a continue sfide fisiche e psicologiche che con il passare del tempo possono portare egli stesso ad avvertire uno stato di profondo stress interiore. Per effettuare un'assistenza infermieristica in questi contesti, è richiesta al professionista una forte e completa autonomia professionale, capacità di lavorare in modo autonomo sapendo prendere le giuste decisioni ed anche in maniera veloce.

L'infermiere nelle missioni umanitarie riceve una continua e completa formazione dalle organizzazioni che operano sul posto, garantendo così un'assistenza personalizzata che si adatti perfettamente alla cultura e rispetti in tutto le tradizioni etniche dell'utente che si assiste, mettendo al centro l'obiettivo di sviluppare una competenza culturale fondata su la decodifica di simboli e delle norme appartenenti ad una determinata società.

Recenti studi fanno emergere che alcuni operatori al rientro a casa dopo mesi passati a soccorrere popolazioni colpite da catastrofi, sviluppino manifestazioni di depressione, ansia e disturbo post traumatico da stress, avendo difficoltà a ridimensionare la gravità di alcuni eventi.

Gli infermieri vengono divisi nei diversi setting in relazione all'intensità delle attività che dovranno essere svolte, alle specifiche competenze che vengono richieste e facendo riferimento anche alle capacità di lavoro da esperienze professionali acquisite precedentemente. La turnazione è variabile, è previsto un giorno settimanale di riposo ma va garantita un'assistenza giornaliera e notturna continua per eventuali urgenze nel Dipartimento di Emergenza che comprende Pronto Soccorso e Terapia Intensiva, infatti come stabilito da contratto con l'ONG, l'infermiere nonostante il giorno di riposo settimanale deve avere una reperibilità continua nell'arco delle 24 ore.

L'infermiere lavorando anche nelle missioni umanitarie ha come punto di riferimento il Coordinatore Medico del progetto, che detiene tutte le responsabilità di tipo organizzativo e gestionale.

Le attività che il professionista si troverà a dover svolgere sono molteplici e nel primo periodo vi sarà un periodo di affiancamento con le figure professionali che lavorano sul campo da più tempo, troviamo principalmente:

- la gestione del triage infermieristico del Pronto Soccorso con l'aiuto fondamentale del personale locale, il triage infermieristico permette di avere una rapida valutazione delle condizioni cliniche del paziente e del suo rischio evolutivo attraverso l'assegnazione di codici che si organizzano sequenzialmente in una scala finalizzata a dare le diverse priorità di trattamento. I codici sono cinque e si differenziano per colore, dal bianco, verde, azzurro arancione fino ad arrivare al rosso.
- assistenza al paziente critico nelle maxi emergenze definite Mass Casualty Plan.
- assistenza al paziente chirurgico nella fase pre e post operatoria, giunto per politrauma.
- assistenza al paziente nel reparto Sub-Intensivo.
- supervisione del corretto utilizzo di linee guida, protocolli e procedure, inclusi in particolar modo quelli riguardanti l'igiene e la sterilità.
- compilazione della cartella infermieristica e documentazione clinica del paziente ricoverato.

Tuttavia, all'infermiere secondo le diverse esigenze esplicate dal Coordinatore Medico, possono essere assegnate prestazioni specifiche come la gestione della farmacia e degli ordini di consumabili, l'approvvigionamento di materiale sanitario utile.

Una volta tornato a casa l'infermiere reduce dalle missioni umanitarie può andare incontro ad un fenomeno definito "*Shell Shock*" che designa il trauma provocato dall'orrore degli scenari di guerra che lo porta ad avere sintomi come stanchezza, tremore, confusione incubi e disturbi uditivi e visivi. Così come lo Shell Shock, l'infermiere come detto precedentemente, può sviluppare diversi disturbi mentali tipo il Disturbo Post Traumatico Da Stress, l'Ansia e la Depressione.

1.1 TEATRI DI GUERRA

Le infermiere militari incontrano problemi simili a quelli delle infermiere civili nelle situazioni di pratica quotidiana; tuttavia, le missioni umanitarie e in tempo di guerra possono portare con sé dilemmi etici unici e difficili. Mentre l'assistenza infermieristica ha il codice etico dell'American Nurses Association per fornire un quadro per guidare le decisioni di pratica etica, i conflitti possono sorgere dagli aspetti unici dell'assistenza infermieristica in un ambiente di guerra. Comprendere quei conflitti che si verificano nello scenario di guerra militare può fornire alle infermiere esempi esperienziali da cui ricavare strategie per la gestione personale e il comportamento professionale e il processo decisionale.

La missione dell'infermiere nei teatri di guerra è quella di fornire cure critiche negli elicotteri militari per i guerrieri feriti. Questa cura riduce al minimo gli effetti delle ferite e delle lesioni e migliora la morbilità e la mortalità. Dalla seconda guerra mondiale al Vietnam, arrivando fino alla guerra al terrorismo in Iraq e Afghanistan, gli infermieri dell'esercito hanno prestato servizio fornendo cure in viaggio su aerei ed elicotteri militari per i pazienti trasportati ai livelli di cura più elevati.

Le immagini, i suoni e gli odori di una zona di guerra assalgono i sensi e le infermiere in una zona di guerra possono essere sopraffatte dal sovraccarico sensoriale. C'è anche un sovraccarico di informazioni poiché una quantità enorme di input deve essere elaborata nei primi giorni. In Iraq, il rischio personale per il personale medico militare è anche un fattore ambientale. Quando il personale infermieristico arriva nella zona di guerra, si trova immediatamente di fronte a minacce costanti di mortai e granate missilistiche.

Oltre a rispettare gli impegni morali ed etici della professione infermieristica, gli infermieri AFTH sono tenuti ad aderire alla Convenzione di Ginevra, fornendo cure comparabili a tutti i pazienti portati in ospedale. Per questo motivo, ai soldati statunitensi e della coalizione, ai civili e ai combattenti nemici è stato fornito lo stesso trattamento.^{30, 44} Gli infermieri hanno identificato lo stress situazionale ed etico durante la cura dei detenuti feriti, in particolare per quei detenuti

Dalle stazioni di soccorso sul campo di battaglia ai team chirurgici avanzati che forniscono cure salvavita, per gli arti e la vista, al livello di cura successivo negli ospedali di

supporto al combattimento, queste missioni richiedono competenze infermieristiche specializzate per prendersi cura in sicurezza dei pazienti ad alta acuzie. Prima che esistesse il concetto di assistenza in viaggio, non esisteva un programma per formare gli infermieri in queste competenze critiche. C'era anche una lacuna di informazioni sui risultati dei pazienti associati alla valutazione infermieristica e all'assistenza fornita durante l'evacuazione medica in elicottero (MEDEVAC) di tali pazienti instabili e il conseguente impatto sulle condizioni del paziente dopo il trasporto. Il ruolo degli infermieri di terapia intensiva si è dimostrato essenziale e insostituibile nel fornire assistenza a spettro completo alle vittime di guerra, in particolare ai pazienti postoperatori trasferiti da una struttura chirurgica a un'altra in sala operatoria. Tuttavia, solo di recente abbiamo sviluppato i concetti relativi al set di competenze richieste, alla formazione, all'attrezzatura, alla funzionalità, all'assistenza basata sulle prove e alla sostenibilità dell'assistenza infermieristica nel ruolo di assistenza durante il tragitto. Gran parte del lavoro per quantificare e qualificare l'assistenza infermieristica è stato svolto da individui e singole unità le cui lezioni apprese sono state acquisite solo di recente.

CAPITOLO 2

ASSOCIAZIONE ITALIANA MEDICINA DELLE CATASTROFI

Per medicina delle catastrofi si intende quella branca della medicina che si occupa prevalentemente della gestione sanitaria di eventi che sono caratterizzati da uno squilibrio tra le risorse disponibili agli operatori sanitari e le necessità che scaturiscono dall'evento critico. L'obiettivo infatti è quello di salvare il maggior numero di persone avendo però risorse limitate.

Questa disciplina racchiude svariate competenze tra cui fondamenti di medicina d'urgenza, medicina da campo, medicina militare, medicina di massa e medicina globale.

Le competenze della medicina militare sono utili per quanto riguarda la gerarchia dei compiti organizzativi e le modalità di trattamento, la medicina di massa riguarda l'obiettivo di salvare il maggior numero di vite possibili infine la medicina globale ha lo scopo di fornire assistenza anche sotto il punto di vista psicologico.

Si possono quindi raggruppare tutte queste competenze in aree di intervento.

La prima area di intervento è quella del primo soccorso e dell'assistenza dove gli infermieri si occupano di dare aiuto immediato ai feriti, gestire aspetti medico legali per il recupero e la gestione delle salme, fornire farmaci necessari e presidi medico chirurgici.

La seconda area eroga assistenza psicologica e sociale offrendo servizi di assistenza sociale, domiciliare e geriatrica.

Per catastrofe si intende un evento inatteso e di grandi proporzioni che arriva improvvisamente colpendo un determinato numero di persone e provocando danni dal punto di vista umano e materiale, richiedendo l'attivazione di mezzi e risorse straordinari.

Le catastrofi ad impatto limitato non superano le dodici ore e non coinvolge le infrastrutture di un determinato territorio, mentre le catastrofi che travalicano le potenzialità di risposta delle risorse locali compromettono le infrastrutture su svariati territori, la fase di normalizzazione supera le 12 ore.

Le parole chiave della medicina delle catastrofi sono strategia, logistica e tattica.

Le strategie si mettono in atto mediante pianificazione e formazione di piani di emergenza attraverso le analisi del territorio, dei rischi e l'identificazione delle linee di comando.

La logistica comprende materiali persone e mezzi che si possono schierare nel momento del bisogno, per affrontare situazioni difficili di emergenza. Contribuisce anche alla gestione delle risorse, prepara il personale per coordinarsi in équipe multidisciplinari sotto la guida del PCO-A (Posto Comando Avanzato)

La tattica permette di ottimizzare le risorse e integrarle in relazione alla tipologia dell'evento a cui bisogna far fronte.

Esistono delle fasi di pianificazione riguardanti il Disaster Management: nella prima fase avviene la programmazione di sistemi di allarme e si effettua la stadiazione dei rischi, nella seconda fase, definita anche fase della gestione dell'emergenza, l'operatore sanitario si occupa del trattamento e della stabilizzazione del ferito, nella terza ed ultima fase, definita fase di normalizzazione si effettua il debriefing che serve per valutare le attività svolte e i risultati raggiunti.

Questa branca della medicina punta a garantire la sopravvivenza immediata al maggior numero possibile di persone, con le risorse a disposizione per evacuare le vittime dalla zona di pericolo, ovvero quella colpita dalla catastrofe, fornendo il miglior livello di cure erogabili a quante più persone possibili, cercando di stabilizzare il più possibile le condizioni dei feriti, fino al loro arrivo presso la più vicina struttura ospedaliera.

Si utilizza un breve schema che fornisce delle nozioni al fine di prevenire questi tipi di incidenti.

Lo schema mette in relazione due grandi aree chiamate pericolo e rischio

Per pericolo si intende la proprietà o qualità intrinseca di un determinato fattore situazione, sostanza, oggetto che ha il potenziale di provocare danno.

Per rischio invece, definisce il numero approssimativo di feriti-vittime e materiali, strutture colpite. Rappresenta la probabilità matematica che un evento pericoloso accada provocando danno, nel rischio sono comprese la frequenza ovvero la cadenza dell'evento e la magnitudo considerato come valore di potenza del danno.

In conclusione: rischio = frequenza x magnitudo.

2.1 IL TRIAGE START E PROTOCOLLO CESIRA

Il triage sanitario è una metodica dinamica che permette di rivalutare il paziente ogni volta che viene ritenuto necessario durante le varie fasi del soccorso, definito atto medico poiché nella legislazione italiana l'unica figura professionale che può constatare la morte di un soggetto è il medico, e definito anche atto sanitario dove il paziente deve essere documentato mediante una scheda che lo accompagnerà nel percorso.

La classificazione del codice del triage che viene assegnato solo dopo aver effettuato la prima visita con l'infermiere del settore, viene definito mediante dei colori.

Codice 1 - Rosso: emergenza con priorità assoluta, ingresso immediato. Pazienti con grave compromissione di una o più funzioni vitali

Codice 2 - Arancione: urgenza indifferibile, ingresso o rivalutazione infermieristica entro 15 minuti. Pazienti a rischio di rapida compromissione di una o più funzioni vitali o con dolore severo.

Codice 3 - Azzurro: urgenza differibile, ingresso o rivalutazione entro 60 minuti. Pazienti in condizioni stabili che necessitano di trattamento non immediato.

Codice 4 - Verde: urgenza minore, ingresso o rivalutazione entro 120 minuti. Pazienti in condizioni stabili, senza rischio evolutivo

Codice 5 - Bianco: non urgenza, ingresso o rivalutazione entro 240 minuti. Pazienti con problemi che non richiedono trattamento urgente o di minima rilevanza clinica.

Codice 6 – Nero: il soggetto viene dichiarato deceduto o non salvabile.

Il triage che viene effettuato nella zona di “*crash*” è la prima valutazione che viene effettuata al paziente.

Deve essere veloce ed ha come primo obiettivo quello di assegnare un codice che faccia riferimento alla gravità del malato, prima che esso venga trattato farmacologicamente, comprende protocollo START E CESIRA.

La seconda valutazione viene effettuata durante il trattamento e la terza valutazione viene effettuata durante il trasporto del paziente nella struttura dedicata alla sua accoglienza.

Il protocollo Start è utilizzabile sia dai medici che dai soccorritori, impiega 60 secondi per la valutazione di un solo paziente, è facile da ricordare e da eseguire.

Il primo step: Classificare tutti i soggetti che camminano con codice verde, mettendo il braccialetto. Allontanare tutti i verdi verso una zona di raccolta sicura dove verranno successivamente ri-analizzati in dettaglio e trattati (solo dopo aver trattato tutti i ROSSI e GIALLI). Farsi aiutare da eventuali verdi collaboranti ad eseguire le manovre salvavita come controllo pervietà delle vie aeree, controllo emorragie e PLS.

Proseguire poi per valutare RPM ovvero respirazione, (pulse) circolazione e stato di coscienza (mental status).

Il secondo step parte da Respiration, se assente sia per quanto riguarda le vie aeree aperte, sia con le vie aeree chiuse si assegna il codice nero, se la respirazione viene ripristinata, si assegna codice rosso.

Se la respirazione risulta presente, ma viene rilevata una frequenza $>30'$ si assegna codice rosso

Se la frequenza $<30'$ si controlla la perfusione.

Terzo step si valuta Pulse: se polso radiale assente o il riempimento capillare > 2 secondi si assegna codice rosso, se invece polso radiale presente e riempimento capillare <2 secondi si controlla lo stato di coscienza

Quarto step Mental Status: se non è in grado di eseguire semplici comandi e il paziente è incosciente assegnare codice rosso, se esegue semplici comandi assegnare codice giallo, garantendo quando è possibile la PLS

Il Protocollo START: Flowchart

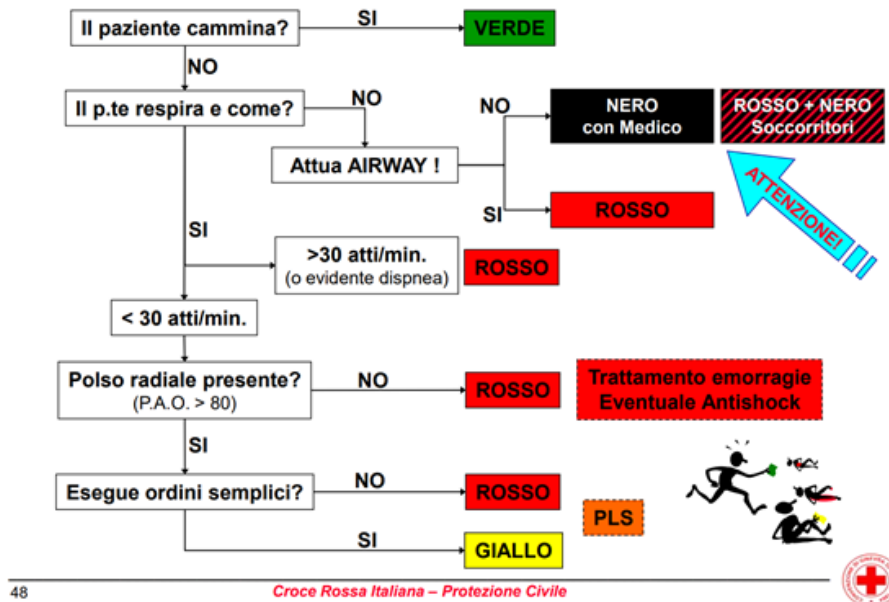


Fig. 1 il protocollo START

Il protocollo CESIRA nasce con il decreto del 13 febbraio 2001, ed è studiato per i team di soccorso composti solo da soccorritori senza la presenza di medici, non è attuabile se vi è la presenza del medico che utilizzerà il protocollo Start.

Il protocollo si basa su delle semplici domande, quali:

la persona cammina? Se sì, assegnare codice verde, se non cammina si procede alla seconda domanda:

la persona è cosciente? Se no assegnare codice rosso, se il paziente è cosciente si vede la terza domanda:

ha un'emorragia o shock? Se sì, assegnare codice rosso, se non presenta segni di shock procedere alla quarta domanda:

ha insufficienza respiratoria? Se sì assegnare codice rosso, altrimenti andare avanti

nella penultima domanda si valuta se presenta fratture? Se vi sono fratture, assegnare codice giallo, altrimenti procedere con l'ultima domanda e valutare la presenza di altre patologie in rilievo. Se si rilevano patologie, assegnare codice giallo, altrimenti codice verde.

Per l'identificazione dei pazienti sul posto, ricorrere a braccialetti o tags, cartellini di triage o triage digitale

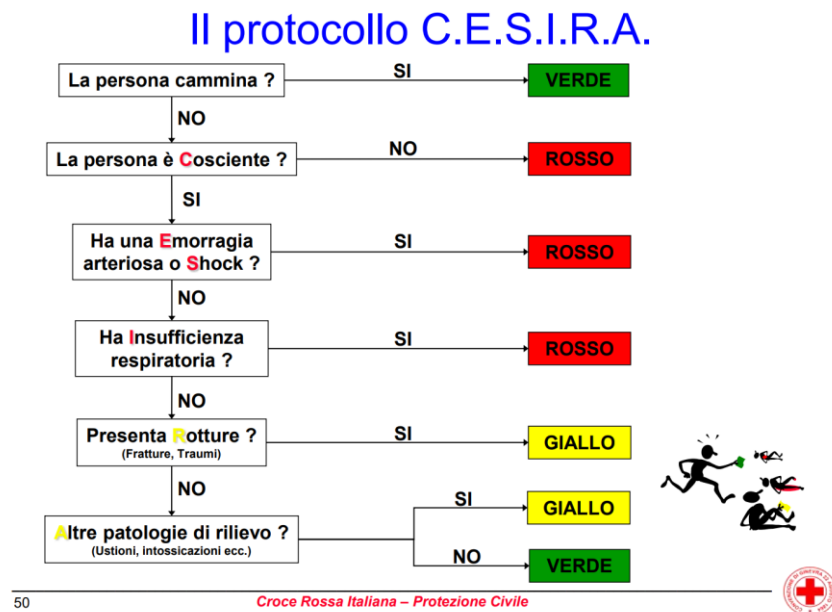


Fig. 2 Il protocollo C.E.S.I.R.A.

Come descritto precedentemente vi sono varie fasi di triage, la seconda fase consiste nella rivalutazione del soggetto a seguito del primo controllo e viene svolto nel posto medico avanzato. In questa fase da parte degli infermieri e dei soccorritori vengono effettuate manovre di trattamento e stabilizzazione con la successiva registrazione delle attività effettuate attraverso la scheda apposita di triage.

In questa scheda occorre segnalare i dati anagrafici del paziente ovvero: nome, età, sesso, luogo del recupero, orari di ingresso, data, PMA e codice assegnato. Oltre all'anagrafica compilare la sezione clinica dove si riportano i parametri vitali e tutto ciò che riguarda le manovre e procedure mediche, compresi i farmaci effettuati.

Nella sezione riguardante l'evacuazione vengono riportati tutti i dati relativi al trasporto presso la struttura ospedaliera prescelta per l'accoglimento del soggetto, ora e data di uscita dal PMA e mezzo utilizzato per il trasporto.

Strumenti per la Classificazione al PMA (1)

- Scheda di Triage, che consente la registrazione dei dati.

The image displays two versions of the Triage PMA form. The left form is a standard 'Scheda Triage' with fields for patient identification (name, date of birth, sex), vital signs (GCS, RR, SpO2, P, A, O, F, C), and a color-coded triage classification (1-5). It includes sections for 'PARAMETRI VITALI', 'PROVVEDIMENTI TERAPIUTICI', and 'TRIAGE DI EVACUAZIONE'. The right form is the 'CROCE ROSSA ITALIANA' version, which includes additional fields for 'CROCE ROSSA ITALIANA' and 'PROTEZIONE CIVILE', and features a body diagram for marking injuries.

69

Croce Rossa Italiana – Protezione Civile



Fig.3 Scheda di Triage PMA

2.2 LO TSUNAMI DI PHUKET

Operation Unified Assistance fu la risposta storica degli Stati Uniti allo tsunami che ha colpito il sud-est asiatico il 26 dicembre 2004. La USNS Mercy ha partecipato a Operation Unified Assistance da gennaio a marzo 2005. Stazionata al largo della costa di Sumatra, Indonesia, l'equipaggio della Mercy era formato da membri in uniforme della Marina degli Stati Uniti e del Servizio sanitario pubblico degli Stati Uniti e da membri civili del Progetto HOPE. La partecipazione della Mercy a Operation Unified Assistance ha dato la possibilità e un contesto per studiare i processi psicologici correlati ai disastri. Le osservazioni dei membri dell'equipaggio a bordo della Mercy hanno suggerito processi psicologici simili per le vittime dei disastri e i soccorritori. Vengono discussi fattori di rischio e di protezione per i soccorritori; soccorritori come potenziali vittime psicologiche; selezione, preparazione e strategie di intervento dei soccorritori.

Il testo che segue, sarà il racconto di M.V. infermiere del Pronto Soccorso di San Benedetto del Tronto, operatore nelle Missioni Umanitarie che narrerà la sua esperienza di assistenza infermieristica nella catastrofe del 26 Dicembre 2004 per lo Tsunami di Phuket.

Ciò che permise a tutti gli infermieri di adoperare nelle missioni umanitarie in primo luogo è l'iscrizione all'ARES.

L'ARES è un'associazione che nella regione Marche, nasce nel Dicembre 1999 a seguito della partecipazione di alcuni operatori sanitari alla missione Arcobaleno in Albania a favore della popolazione Kosovara. La necessità di costituire un contingente operativo sanitario in caso di emergenza scaturisce dalla consapevolezza che, nelle fasi critiche di una catastrofe, l'improvvisazione non è un fattore determinante per l'efficacia dell'intervento. È ampiamente riconosciuto che i protocolli adottati nella medicina delle catastrofi si discostano sensibilmente dalle consuete pratiche cliniche, così come i materiali e le specializzazioni richieste, che variano in funzione della natura dell'evento da affrontare. Pertanto, risulta imprescindibile un processo di formazione continua e mirata.

Si opera senza finalità lucrative, perseguendo un solo obiettivo, ovvero quello di essere solidali, prestare assistenza sociale e sanitaria alle popolazioni colpite da eventi catastrofici facendo leva sulla formazione e organizzazione degli associati.

L'associazione ARES è definita come risorsa sanitaria straordinaria della Protezione Civile, può operare sia in sede regionale, extra regionale e nazionale. Conta 350 iscritti come sanitari della regione Marche.

Lo Tsunami di Phuket ebbe origine nell'Oceano Indiano coinvolgendo l'intero Sud-Est Asiatico arrivando fino alle coste dell'Africa Orientale. L'evento iniziò il 26 Dicembre alle ore 07:58 con una scossa di magnitudo 9.1 con durata 8 minuti.

Le modalità di reclutamento del personale medico e infermieristico avvennero mediante un messaggio telefonico, inviato dalla Protezione Civile la sera stessa dopo aver effettuato una ricerca su chi fosse meglio portato a gestire questa calamità, i volontari dell'associazione ARES sono tutti infermieri che lavorano in Dipartimenti di emergenza come: Pronto Soccorso, Rianimazione, 118 e MURG. Precedentemente formati mediante corsi di aggiornamento costanti riguardanti PTC avanzato, BLSD, PBLSD

Data l'immediata disponibilità della partecipazione vennero scelti 3 infermieri e 3 medici italiani che la stessa sera partirono per Phuket.

Il fulcro principale, ovvero coloro che gestiscono le calamità sono le autorità locali, mentre il gruppo della logistica costruendo la base in un albergo divennero la centrale operativa della Missione Umanitaria, la logistica ha il compito di fare da tramite fra il personale sanitario che operava nel campo e la Farnesina ovvero il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale.

L'assistenza infermieristica era così suddivisa: 1 infermiere ed 1 medico nel raggio di 200 km andando verso Nord dovevano trovare gli italiani dispersi.

1 infermiere ed 1 medico operavano nella parte centrale di Phuket

L'ultimo infermiere insieme all'ultimo medico operavano verso Sud.

Trovati i feriti Italiani, si inviano le coordinate alla centrale operativa che successivamente si occupava di mettersi in contatto con l'Italia e mandare quanto prima elicotteri per il recupero e soccorso delle vittime.

Dopo aver localizzato tutti i feriti Italiani, gli operatori sono tornati al centro della città per collaborare con le autorità locali nella gestione delle salme in modo da liberare il campo per garantire ai soccorsi di operare nel modo migliore possibile su coloro che sono rimasti coinvolti nella calamità e necessitano delle cure immediate.

Nella gestione delle salme però, sorgono dei problemi di tipo culturale poiché gli operatori del posto effettuando sempre la cremazione, ordinano di disfarsi subito dei corpi in quanto vi era la paura di eventuali epidemie, mentre la Farnesina richiedeva l'identificazione delle vittime provenienti dall'Italia prima di disfarsi dei corpi.

L'approccio con una popolazione con idee culturali diverse dalla propria richiede sempre estremo rispetto e comprensione, ovviamente sorgono delle discrepanze in quanto hanno delle limitazioni dettate dalla loro cultura, spesso si trovano a dover rifiutare interventi salva vita solo perché non viene concesso eticamente, rischiando di compromettere le loro condizioni vitali.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, le attività di base ovvero la stabilizzazione del paziente viene effettuata sul posto, mentre per il proseguo delle cure verranno adibiti degli elicotteri con adeguati spazi e materiali, permettendo all'infermiere ed al medico di operare e gestire il paziente nelle 14 ore di volo che il ferito deve affrontare prima di arrivare in Italia ed essere ricoverato.

La maggior parte dei pazienti erano vigili e in discrete condizioni, altri però erano in condizioni più critiche e necessitavano di presidi medici come ossigeno terapia e drenaggi, nei casi più gravi vi erano pazienti amputati e per l'appunto il personale doveva gestire in modo più urgente la situazione. Dall'ospedale Gemelli di Roma vennero messe a disposizione 12 ambulanze pronte ad accogliere i pazienti al loro rientro per poi essere centralizzati in base alle condizioni cliniche nel distretto più opportuno per la continuità assistenziale.

Il personale che ha operato in questa Missione Umanitaria, reduce da questi giorni ha presentato un Disturbo Post Traumatico da Stress causato dall'elevata presenza di decessi dalle condizioni cliniche di coloro che hanno ricevuto le cure e incessante sostegno da parte del personale medico.

Successivamente è stato offerto un servizio di sostegno psicologico per permettere agli operatori di riuscire a distaccarsi da questi scenari catastrofici e poter riprendere in mano le loro vite nella maniera migliore possibile, sia per se stessi, sia per i pazienti che andranno ad assistere una volta rientrati in Italia.

2.3 TERREMOTO TURCHIA SUD-ORIENTALE

I disastri influiscono sulla salute e il benessere umano a livello globale. L'assistenza infermieristica svolge un ruolo fondamentale nella preparazione e nella risposta ai disastri, garantendo un coordinamento efficiente delle cure precoci e fornendo un trattamento efficace sul posto del disastro.

Questo studio cita le sfide che una delegazione umanitaria israeliana ha incontrato durante la sua risposta ai grandi terremoti in Turchia nel 2023. Si concentra esplicitamente sulle difficoltà nella preparazione, nelle operazioni e nella collaborazione con i team locali. Lo studio analizza ulteriormente i risultati ed estrae lezioni preziose dalla missione.

22 infermiere coinvolte nella delega hanno partecipato a tre discussioni di gruppo entro due mesi dal ritorno in Israele. Le discussioni sono state registrate, trascritte alla lettera e analizzate tematicamente. Lo studio ha seguito le linee guida COREQ, garantendo un reporting completo e rigore metodologico nella ricerca qualitativa.

Gli infermieri nelle zone colpite da calamità naturali offrono spunti preziosi per migliorare la preparazione, la comunicazione interculturale e l'implementazione post-missione.

L'Israel Defense Forces Medical Corps ha acquisito una notevole competenza nell'invio di delegazioni umanitarie e nell'allestimento di ospedali da campo in aree colpite da calamità naturali sin dal terremoto in Grecia del 1953. Tra il 2010 e il 2016 ha gestito con successo sei ospedali umanitari in tutto il mondo.

L'8 febbraio 2023, la delegazione IDF-MC ha risposto al disastro turco, schierando un team di 58 medici, 32 infermieri, cinque paramedici, 15 tecnici di laboratorio e di ima-

ging e 23 membri dello staff amministrativo per avviare le operazioni in un vicino edificio ospedaliero, collaborando strettamente con il personale medico locale. Il funzionamento di un ospedale da campo straniero richiede un'efficiente pianificazione logistica, un uso congruo delle attrezzature, l'adattamento del personale a un ambiente straniero e il superamento delle barriere culturali e linguistiche. Mentre alcune delegazioni mediche straniere istituiscono ospedali da campo indipendenti senza attrezzature e infrastrutture mediche locali, la delegazione di questo studio si è integrata perfettamente in una struttura medica esistente.

I partecipanti hanno espresso un iniziale senso di distacco o "alterità", che si è gradualmente evoluto in un senso di cameratismo mentre si impegnavano in interazioni ed esperienze di assistenza con il team locale.

Tutti i partecipanti hanno descritto il periodo di pre-schieramento come una preziosa opportunità per riunirsi, condividere il loro entusiasmo per la missione e impegnarsi in una preparazione approfondita.

Un'osservazione interessante di tutti gli intervistati è stata che, sebbene le gerarchie professionali siano familiari agli infermieri e ai medici ospedalieri, queste sono passate in secondo piano dall'inizio della missione. Tutti hanno collaborato, indipendentemente dal grado, senza effettuare alcun tipo di distinzione gerarchica.

I partecipanti hanno identificato varie sfide della missione, tra cui condizioni meteorologiche avverse, sfide interculturali come barriera linguistica con conseguente difficoltà di collaborazione con i team locali. Hanno dovuto trovare modi efficaci per superare queste sfide al fine di fornire l'assistenza necessaria alle vittime.

La delegazione israeliana si è percepita come ospite nella zona del disastro e ha riconosciuto la necessità di assumere un ruolo guida nell'adattarsi alle usanze locali. Nonostante le differenze, entrambi i team, come hanno riferito i partecipanti, condividevano un obiettivo comune per fornire cure di qualità, che alla fine ha favorito un senso di cameratismo. Inoltre, lo scambio di conoscenze mediche ha fornito un terreno comune per la collaborazione e la comprensione tra i team.

I partecipanti hanno osservato di non aver ricevuto alcuna preparazione emotiva prima della partenza. Durante la permanenza nella zona del disastro, sono state condotte sessioni ad hoc da un assistente sociale militare e dall'infermiera capo del pronto soccorso

per aiutarli a elaborare le loro esperienze, ma hanno preso di mira problemi specifici solo quando si sono presentati. Gli infermieri hanno riconosciuto che gli psicologi militari li hanno controllati dopo il loro ritorno in Israele. Tuttavia, nonostante le conversazioni personali post-missione e gli eventi onorari, c'era una sensazione prevalente che la chiusura del gruppo dopo le loro esperienze condivise fosse carente, così come l'aiuto nell'elaborazione psicologica di esperienze difficili:

2.4 MEDICINA DELLE CATASTROFI E INTELLIGENZA ARTIFICIALE

L'evoluzione della tecnologia remota applicata alla gestione dei disastri ha registrato notevoli progressi attraverso un approccio multidisciplinare, con sviluppi significativi in contesti diversi come missioni umanitarie. La pandemia ha trasformato il paradigma dell'istruzione tradizionale, favorendo l'adozione di pedagogie tecnologiche come l'apprendimento a distanza attraverso telecomunicazioni ibride. Questi cambiamenti hanno avuto un impatto globale, coinvolgendo sia i paesi sviluppati sia quelli in via di sviluppo, come l'area della Southern African Customs Union.

Negli ultimi due decenni, l'incidenza, la portata e il costo economico dei disastri sono aumentati significativamente. Nel 2021, si sono verificati 432 eventi catastrofici, con perdite economiche pari a 252,1 miliardi e oltre 101 milioni di persone colpite. L'Asia, in particolare Cina e India, e il Nord America, specialmente gli Stati Uniti, sono stati tra le regioni più colpite. Eventi climatici estremi, come ondate di calore e freddo in Europa, hanno ulteriormente evidenziato la necessità di una formazione avanzata in medicina delle catastrofi.

Le tecnologie emergenti, come l'intelligenza artificiale, l'Internet of Things e il Mobile Edge Computing, stanno rivoluzionando la capacità di risposta ai disastri. Specialmente i droni con sensori avanzati sono utilizzati per il monitoraggio in tempo reale, il rilevamento di agenti chimici, biologici, radiologici e nucleari e la simulazione educativa per i primi soccorritori. Inoltre, dispositivi immersivi ad alta fedeltà basati su realtà virtuale, aumentata e mista forniscono ambienti simulati realistici per la formazione pre-emergenza e l'addestramento in scenari pericolosi.

L'adozione di piattaforme didattiche avanzate supportate da IA rappresenta un'alternativa efficace per la formazione di professionisti sanitari e personale di emergenza. Tuttavia, è essenziale integrare un approccio multimodale basato sull'evidenza nei programmi di medicina delle catastrofi per migliorare le competenze collaborative e l'interazione sociale.

Risultati principali: L'analisi ha evidenziato un incremento nell'uso di tecnologie remote nei programmi di formazione, con particolare enfasi su:

Tecnologie emergenti come il MEC e l'IoT per il monitoraggio e la risposta ai disastri.

Droni con sensori avanzati per la raccolta dati e la formazione simulata in ambienti CBRN.

Piattaforme di apprendimento immersive per simulazioni realistiche di emergenze.

Le prospettive future includono lo sviluppo di nuovi modelli educativi che integrino approcci multimodali e l'adozione di strumenti basati su IA per migliorare la formazione in medicina delle catastrofi, con un'enfasi su scenari interattivi e realistici per una risposta più efficace e tempestiva alle emergenze globali.

I droni dotati di un'infrastruttura Mobile Edge Computing e supportati da sistemi globali di navigazione satellitare, visione artificiale in tempo reale e tecniche fotogrammetriche avanzate basate su algoritmi di deep learning, possono fornire ai soccorritori immagini tridimensionali dettagliate delle aree colpite tramite cloud computing facilitando l'identificazione rapida delle vittime. Oltre ad essere strumenti essenziali per la mappatura dei disastri e le operazioni di ricerca e soccorso, i droni rappresentano un valido supporto nella formazione degli studenti paramedici per scenari di incidenti con vittime.

CAPITOLO 3 ASPETTI PSICOLOGICI

Le missioni umanitarie, come i conflitti armati e i disastri naturali, hanno effetti diversi sulla salute mentale e sul benessere psicosociale delle popolazioni colpite. Per affrontare questi effetti, gli interventi di supporto alla salute mentale e psicosociale (MHPSS) hanno ottenuto un maggiore riconoscimento negli ultimi tre decenni. Una migliore conoscenza è essenziale per supportare risposte MHPSS appropriate nelle crisi umanitarie.

Ogni evento catastrofico può provocare conseguenze estremamente gravi, con danni che si estendono all'intera comunità, causando traumi fisici e psicologici alle vittime. Al soccorritore, debitamente formato e qualificato per operare in contesti di emergenza, sono richieste le seguenti competenze:

Gestire il contesto dell'intervento, garantendo la propria sicurezza e quella delle vittime, prevenendo ulteriori incidenti e svolgendo una valutazione dei rischi come fase iniziale delle operazioni di soccorso.

Conoscere i potenziali pericoli derivanti da uno scenario incidentale, che talvolta può essere complesso, adottando misure preventive quando possibile, oppure affrontando i rischi all'interno delle proprie competenze, evitando di assumersi compiti al di fuori delle proprie capacità.

Collaborare con gli altri professionisti del soccorso e, in assenza di questi, valutare l'effettiva necessità del loro intervento.

Inoltre, il soccorritore dovrebbe possedere caratteristiche personali essenziali che possano incrementare la sicurezza sulla scena dell'incidente, come:

Stabilità emotiva, che consenta di affrontare e superare efficacemente le sfide derivanti da una situazione di emergenza.

Competenze organizzative e di cooperazione con gli altri professionisti coinvolti nell'emergenza, per garantire una gestione armoniosa e fluida delle diverse fasi del soccorso. È fondamentale che il soccorritore sappia coordinarsi con gli altri membri del team, assicurando che tutte le azioni vengano svolte in modo sequenziale e senza sovrapposizioni, ottimizzando così i tempi e le risorse a disposizione.

Flessibilità e capacità di adattamento a situazioni che possono evolversi in modo imprevisto e caotico. Il soccorritore deve essere in grado di rispondere prontamente a cam-

biamenti rapidi e a scenari che possono risultare difficili da prevedere, mantenendo sempre la lucidità mentale per affrontare le sfide che si presentano.

Iniziativa e autonomia nel prendere decisioni durante l'emergenza, seguendo le procedure stabilite ma con la capacità di agire in modo indipendente quando richiesto dalla situazione. Il soccorritore deve essere competente ad eseguire le operazioni necessarie nel rispetto del suo ruolo, senza attendere indicazioni, ma con un senso di responsabilità che gli permetta di affrontare le difficoltà con sicurezza e senza esitazione.

Tutti coloro che operano per garantire sostegno come i professionisti sanitari ma anche volontari, Vigili del Fuoco e Forze dell'Ordine debbono fronteggiare scenari alquanto complessi causati dalla innumerevole presenza di vittime, dei rischi personali a cui vanno incontro e la possibilità che chi si andrà a soccorrere possano essere conoscenti del professionista sanitario.

L'infermiere può andare incontro a due tipologie di risposte psicologiche: la prima intende la missione come attività che arricchisce il proprio bagaglio personale di esperienze maturando sotto tutti gli aspetti, mentre la seconda risposta può causare un atteggiamento bizzarro del soccorritore, distaccandosi dalle sofferenze che indubbiamente la situazione porta a provare fino alla voglia di piangere ed urlare, rimane estraneo ed agisce solo ed esclusivamente concentrandosi sul suo lavoro.

Chi esercita attività di soccorso deve possedere una specializzazione altamente qualificata, sia sotto il profilo tecnico che relazionale. La preparazione non si limita esclusivamente alle competenze pratiche, ma deve includere anche una profonda capacità di interazione e comunicazione con le vittime e i membri del team. Inoltre, è imprescindibile che il soccorritore sia fisicamente preparato per affrontare condizioni ambientali estremamente gravose e potenzialmente pericolose.

La capacità di lavorare in sinergia con altre figure professionali è un requisito fondamentale, poiché l'operatività del soccorso avviene generalmente in squadre, dove il coordinamento e la cooperazione sono cruciali. Oltre a ciò, il soccorritore deve dimostrare una notevole capacità di elaborazione e adattamento a scenari che, per loro natura, sono imprevedibili e in costante evoluzione. Ogni intervento potrebbe differire dai precedenti, richiedendo quindi un continuo processo di adattamento e di problem solving in tempo reale.

Possedere queste qualità, curarle e perfezionarle costantemente rappresenta un fattore determinante per il soccorritore, poiché il riscontro positivo delle proprie azioni contri-

buisce a rinforzare la motivazione intrinseca e a mantenere alta la propria autostima. Tuttavia, è fondamentale riconoscere che non tutti i soccorritori possiedono il livello di competenza richiesto, o che, pur avendo tali competenze, esse potrebbero non essere sufficienti a fronteggiare l'intensa pressione psicologica a cui sono esposti. In tal senso, il soccorritore può trovarsi a dover affrontare sfide mentali e emotive che vanno ben oltre la preparazione tecnica, necessitando di un adeguato supporto psicologico e di strategie per la gestione dello stress.

Qualora non vi sia abbastanza sostegno psicologico e non vi siano adeguate strategie di coping insorge sempre di più il trauma che viene diviso in diverse categorie in base alla modalità di insorgenza.

Trauma acuto: deriva da singolo evento traumatico isolato ed intenso, Se l'evento traumatico non viene elaborato o trattato, il trauma acuto può portare allo sviluppo di disturbi come il PTSD o l'ansia.

Trauma cronico: la persona è esposta a eventi traumatici ripetuti o prolungati nel tempo. Questo tipo di trauma può includere esposizione costante a una guerra o a conflitti armati. Il trauma cronico non si limita a un singolo evento, ma si sviluppa a causa della natura persistente e ripetitiva del trauma. Le persone che vivono traumi cronici spesso sviluppano problemi di salute mentale più complessi, come il disturbo post-traumatico da stress complesso (C-PTSD), depressione, dissociazione e problemi di regolazione emotiva.

Trauma secondario: si verifica quando una persona sperimenta il trauma indirettamente, attraverso l'esposizione ripetuta ai dettagli del trauma di qualcun altro. Questo tipo di trauma è comune tra i soccorritori, i terapeuti, i medici e gli operatori umanitari che lavorano con vittime di abusi, violenza, disastri o guerre. Questi professionisti possono sviluppare sintomi simili a quelli del PTSD a causa dell'ascolto continuo e dell'empatia con le vittime. Il trauma secondario può portare a esaurimento emotivo, ansia, disturbi del sonno e sintomi fisici come stanchezza cronica o malessere generale. Gli individui colpiti da trauma vicario possono anche sviluppare una visione distorta del mondo, diventando eccessivamente cinici o, al contrario, iperprotettivi nei confronti dei propri cari.

Trauma cumulativo: si verifica quando una persona è esposta a una serie di eventi traumatici più piccoli o a stress cronici che, sommati nel tempo, creano un effetto cumulativo sul benessere psicologico e fisico. Questo tipo di trauma può derivare da microtrau-

mi quotidiani, come discriminazione, bullismo, stress lavorativo costante o tensioni familiari che si accumulano fino a diventare insopportabili. Sebbene ogni singolo evento possa non sembrare traumatico di per sé, l'effetto cumulativo degli stress ripetuti può portare allo sviluppo di sintomi simili al PTSD.

Nel trauma cumulativo, possiamo parlare inoltre di Controtrasfert, ovvero viene definita una condizione nella quale il soccorritore identifica nell'accaduto un suo vissuto, con conseguente coinvolgimento diretto. Questa situazione può limitare l'efficacia dell'intervento, o portare l'operatore ad un isolamento difensivo.

3.1 IL DPTS E STRATEGIE DI COPING

Il Disturbo Post Traumatico da Stress è un disturbo mentale e complesso che si verifica a seguito di un evento traumatico che ha avuto un impatto significativo sul benessere mentale di un individuo, è caratterizzato da una serie di sintomi che riguardano la cognizione, l'umore, l'esperienza e il comportamento dando vita ad una compromissione cronica ed un aumento del rischio di malattie mentali in comorbidità con una predisposizione ad atti autolesionistici e condotte suicidarie.

Il PTSD viene incluso nella terza edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali che viene pubblicato nel 1980.

L'inclusione di questo disturbo nel DSM riflette il riconoscimento che la continua esposizione ad eventi traumatici può avere un impatto significativo sulla salute mentale di un soggetto. I criteri diagnostici per il DPTS riportati nel DSM sono: eventi traumatici vissuti, pensieri intrusivi e incubi, comportamento di evitamento, cambiamento negativo dell'umore e nella cognizione con aumento dell'eccitazione. La gestione di questo disturbo è altresì complessa poiché ogni caso di trauma è diverso e personale con sintomatologia diversa da soggetto a soggetto, la prevenzione e successiva cura prevede un percorso di terapia psicologia e farmacologica. In molti casi si può notare una resistenza al trattamento farmacologico rendendo così necessario una combinazione dei due metodi di trattamento, i pazienti con sintomatologia grave e comorbidità possono inizialmente non essere in grado di saper ricevere un trattamento psicologico significativo, per questo si inizia da un trattamento farmacologico che permetta di rendere più gestibile la situazione fino ad arrivare ad un punto in cui si potrà integrare un trattamento di natura psicologica se l'individuo viene definito clinicamente stabile.

La terapia cognitiva comportamentale si basa sulla rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR), questo metodo è stato sviluppato a seguito del riconoscimento che alcuni movimenti oculari riducono l'intensità dei pensieri intrusivi e disturbanti. I movimenti possono essere cambiati autonomamente nel momento in cui il soggetto ricorda un evento traumatico per far sì che vi sia un calo di ansia ed angoscia ad esso legati.

D'altro canto abbiamo la terapia farmacologica, nel quale si approccia al PTSD con inibitori selettivi della serotonina come la Sertralina e la Paroxetina, molto meno usati ma comunque importanti nel trattamento abbiamo gli antipsicotici di seconda generazione come la Quetiapina che viene utilizzata nei pazienti con sintomi psicotici o depressione resistente al trattamento

La risposta iniziale al trauma è associata alla fisiopatologia del PTSD, con conseguente aumento dell'adrenalina dovuto alla stimolazione del sistema nervoso simpatico, fisiologicamente questo porta ad avere tachicardia, aumento della pressione sanguigna e rilascio di cortisolo e catecolamine, possiamo avere sintomi dissociativi e includono la Depersonalizzazione ovvero il sentirsi scollegati dal proprio corpo, la Derealizzazione dove il soggetto pensa che il mondo circostante non sia reale come se si guardi il mondo da uno stato onirico. la durata dei sintomi dell'evento traumatico è fondamentale per poter distinguere il PTSD da altri disturbi psichiatrici come ad esempio il disturbo da stress acuto.

La valutazione psichiatrica è necessaria per la diagnosi di questo disturbo, e gli operatori sanitari possono usufruire di scale di valutazione convalidate per lo screening e diagnosi di PTSD. Le scale PTSD Checklist for DSM-5 e la Trauma Symptom Checklist - 40, permettono di ottenere una valutazione complessiva dell'individuo rispetto ai criteri diagnostici stabiliti.

La PTSD Checklist for DSM-5 prevede diversi criteri da analizzare ovvero:

Essere esposti o aver vissuto un evento traumatico che ha messo in pericolo la propria vita, oppure un grave infortunio o un abuso sessuale.

La presenza di uno o più sintomi intrusivi come memorie intrusive dell'evento, flashback o forte attivazione psicomotoria a stimoli collegati al trauma.

Evitamento costante di stimoli associati agli eventi traumatici. Tale evitamento deve essere iniziato a seguito dell'evento traumatico e può riguardare il tentativo di evitare ri-

cordi, pensieri o emozioni oppure attraverso l'evitamento di luoghi o situazioni che ricordino l'evento.

Alterazioni del pensiero o dell'umore che iniziano o peggiorano a seguito dell'evento traumatico vissuto.

Marcate alterazioni nell'arousal e nella reattività associati all'evento traumatico, che iniziano o peggiorano dopo l'evento traumatico. Come ad esempio umore irritabile, ipervigilanza, difficoltà a concentrarsi, problemi del sonno e reazioni di trasalimento.

Altra scala di valutazione come descritta precedentemente è il Trauma Symptom Checklist, un questionario auto-somministrato ampiamente utilizzato per la valutazione del distress post-traumatico. Esso è stato progettato per identificare una vasta gamma di sintomi emotivi, comportamentali e cognitivi associati a diverse tipologie di eventi traumatici. Grazie alla sua standardizzazione su un ampio campione rappresentativo, permette di ottenere un profilo dettagliato della sintomatologia e di confrontarla con le norme di riferimento.

Il concetto di Coping nasce con lo psicologo Richard Lazarus nel 1984, e lo definisce come quel processo che viene messo in atto ogni qual volta che l'essere umano si trova a dover affrontare una situazione da egli stesso valutata significativa ed eccedente che grava sulla capacità di fronteggiare autonomamente il problema.

Termine importato dall'inglese "To Cope" che in psicologia prende il nome di Coping riferendosi a tutte quelle azioni che vengono messe in atto a seguito di un problema per gestire una situazione avversa.

Il Coping può essere focalizzato sulle emozioni o sul problema, se viene focalizzato sulle emozioni ha lo scopo di agire e modificare le emozioni negative che portano a livelli elevati di stress in emozioni piacevoli, che non destino scompiglio nella vita dell'individuo.

Ciò può essere effettuato mediante quattro fasi che vengono denominate: Distanziamento, ovvero far leva sulle attività che portano il soggetto a distrarsi cercando di negare a se stessi l'esistenza del problema.

Autocontrollo, non lasciarsi trasportare delle emozioni negative.

Assunzione delle responsabilità, tramite la rassegnazione e l'assegnarsi o no, la colpa dell'evento spiacevole.

Rivalutazione positiva, cercando di trovare il lato positivo del problema e rivalutare in modo completamente diverso l'accaduto.

Il Coping che si focalizza sul problema mira a ridurre al minimo conseguenze potenzialmente dannose, modificando il problema attraverso la pianificazione, dove seppur il problema si sempre presente si prefiggono delle contromosse utili a ridurre l'impatto emotivo di queste eventuali conseguenze negative.

Dal punto di vista infermieristico, gli infermieri stanno affrontando livelli molto alti di pressione psicologica date dalle continue sfide sanitarie globali, puntando al miglioramento della resilienza di tutti coloro che lavorano a sostegno delle persone malate, insegnando e potenziando le loro strategie di coping.

Da diversi studi, si può dedurre che interventi fondamentali per la gestione dello stress e delle emozioni negative sono stati: formazione di gruppi auto-aiuto, programmi basati sulla ricerca della consapevolezza, interventi cognitivo- comportamentali, gruppi di auto-cura, auricoloterapia, massaggi, esercizi sul controllo della respirazione, allenamento e attività fisica, terapia multisensoriale e corsi di formazione sulle competenze psicologiche con componenti cognitivo- comportamentali.

È fondamentale sviluppare e implementare interventi di gestione dello stress che non siano solo facilmente accessibili sul posto di lavoro, ma che soddisfino anche le rigide condizioni per ridurre al minimo i contatti umani. A tal proposito, gli interventi basati sull'evidenza e l'auto-cura per coloro che hanno un bisogno immediato erogate tramite la tecnologia digitale sembrano essere una soluzione promettente per combattere l'impatto psicologico e fisiologico dannoso tra gli infermieri. Di recente è emersa la realtà virtuale (VR) di auto-aiuto per superare le conseguenze negative di eventi dannosi, riscontrando dei risultati ottimali.

Gli studi psicofisiologici definiscono che l'esposizione ad un evento stressante è strettamente correlato ad un aumento dell'attività cardiaca che a sua volta è un fattore predisponente per l'insorgenza di depressione e malattie cardio circolatorie.

3.2 IL BURNOUT

Il termine Burnout fu introdotto nel 1977 da Christina Maslach, dopo aver osservato e analizzato il comportamento di professionisti che mostravano segnali di distacco progressivo dalla propria attività lavorativa. Le manifestazioni di tale fenomeno variavano da irritabilità, apatia e frustrazione, fino a una totale perdita di entusiasmo e addirittura un atteggiamento cinico nei confronti delle proprie responsabilità professionali. Una

delle definizioni più ampie del Burnout lo descrive come un fenomeno multidimensionale, in cui si intrecciano fattori socio-ambientali, condizioni fisiche e organizzative del contesto lavorativo, nonché le variabili individuali.

Maslach realizzò una scala di valutazione utile per rilevare i vari aspetti della patologia, tale scala prende il nome di Maslach Burnout Inventory (MBI), composta da 25 items basati sulla frequenza e sull'intensità con cui tale situazione viene gestita nel contesto lavorativo, a seguire le risposte vengono elaborate tramite una scala Likert con un punteggio da 0 a 6 per la frequenza, mentre per l'intensità da 0 a 7.

Oltre a questi due modelli di valutazione, elaborarono tre sotto scale che mirano allo studio dell'esaurimento emotivo, depersonalizzazione e della realizzazione personale.

Questo strumento di valutazione viene creato per la forte necessità di valutare le condizioni psicosociali degli operatori sanitari e delineare tutte quelle variabili che possono portare in seguito allo sviluppo di tale disturbo.

Il Burnout non va concepito come un evento isolato, bensì come un processo evolutivo che si sviluppa gradualmente nel tempo. Esso colpisce soprattutto quei professionisti che, inizialmente entusiasti e motivati, vedono progressivamente erodere la loro energia psico-fisica. I fattori che predispongono a questa condizione includono la prolungata esposizione a situazioni in cui il divario tra richieste e risorse è significativo, il sovraccarico di responsabilità che non consente una gestione equilibrata del lavoro, le incertezze dovute a una cattiva organizzazione del contesto lavorativo e la mancanza di riconoscimento per i meriti e gli sforzi compiuti. Questi elementi favoriscono un progressivo esaurimento delle risorse psicologiche dell'individuo, portando a una condizione di affaticamento estremo e di disillusione.

I risultati di alcuni studi condotti hanno mostrato che il livello di burnout è inversamente correlato al livello di autocompassione. Gran parte degli studi letterari si è concentrata sullo studio del burnout e delle strategie di coping in specifiche professioni sanitarie (infermieri o medici o assistenti sociali).

Gli operatori sanitari devono spesso affrontare un ambiente di lavoro stressante, soprattutto quando hanno a che fare con malati gravi e hanno maggiori responsabilità, quindi questa categoria è particolarmente a rischio di sindrome da burnout. Tuttavia, i sintomi del burnout sembrano essere generati principalmente da abitudini sistematiche e disfunzionali e da reazioni psicologiche individuali che danneggiano il benessere personale, in particolare esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale.

Invece di implementare le proprie risorse per affrontare situazioni stressanti, un lavoratore potrebbe reagire in modo “esplosivo” (aggressività, irritabilità, atteggiamenti di ostilità e risentimento), o “implosivamente” (conseguente frustrazione, ansia cronica o grave depressione). Questi sintomi potrebbero peggiorare i rapporti con i colleghi e persino con i pazienti.

Durante periodi di elevato stress, alcuni lavoratori hanno manifestato la necessità di interrompere temporaneamente l’attività lavorativa per ripristinare l’equilibrio psicologico e recuperare la stabilità emotiva. In tali circostanze, hanno scelto di adottare strategie di distanziamento fisico o di richiedere brevi periodi di riposo, al fine di ridurre il carico emotivo. Questi momenti di pausa permettevano loro di dedicarsi a pratiche rigenerative come l’engagement in attività ricreative, l’esercizio fisico e il miglioramento del proprio benessere fisico, ad esempio attraverso un'alimentazione corretta e un adeguato stile di vita. Tali interventi contribuiscono a facilitare il recupero psicofisico e a mantenere l'efficacia nel contesto lavorativo.

3.3 IL BUDDY CARE

Il Buddy Care rappresenta un approccio che potrebbe essere applicato durante e dopo situazioni di emergenza da parte dei soccorritori, ma al momento non esistono linee guida ufficiali che ne regolino l’adozione e ne certifichino l’efficacia in ambito sanitario. Il concetto, che letteralmente significa "assistenza al compagno", è prevalentemente associato al contesto militare, dove è utilizzato per formare i soldati a prendersi cura di sé stessi e dei propri compagni. Durante un’operazione, se un militare si ferisce o trova un compagno in difficoltà, deve essere in grado di prestare soccorso immediato, applicando un protocollo di primo soccorso, in attesa che arrivino i rinforzi medici, che potrebbero giungere anche dopo un lungo lasso di tempo.

L’assistenza reciproca, o Buddy Care, rappresenta un elemento cruciale che dovrebbe essere integrato anche in ambito sanitario. Ogni intervento, soprattutto in situazioni di catastrofe, viene gestito da un team, la cui efficacia dipende dalla sinergia tra i suoi membri. Il benessere della squadra è il risultato delle qualità e delle capacità di ciascun componente, e se anche uno solo di loro sviluppa pensieri negativi o subisce un danno fisico o psicologico, l'intera squadra può risentirne, con inevitabili ripercussioni sul buon esito dell’intervento. Per questo motivo, è fondamentale trattare e sviluppare que-

sta tematica, al fine di costruire un team coeso che si sostenga reciprocamente, sia durante l'emergenza che dopo, quando gli effetti traumatici dell'esperienza possono manifestarsi in forme persistenti.

Un approccio efficace sarebbe quello di garantire che l'intero team di soccorso sia seguito da professionisti come psicologi o psichiatri, che possano supportarli nell'affrontare le proprie paure, ansie e i traumi emotivi legati all'esperienza vissuta. Gli operatori dovrebbero essere in grado di riconoscere i segnali di stress o cedimento psicologico in sé stessi e negli altri, ma spesso non lo fanno, sia per vergogna che per la difficoltà di identificare i segni di un disagio interiore. Per questo è importante che vengano incoraggiati a segnalare tempestivamente eventuali comportamenti anomali osservati nei colleghi. Il Buddy Care si propone come una strategia volta a monitorare i primi segnali di cedimento dei soccorritori, aiutando così a prevenire il deterioramento psicologico prima che diventi un ostacolo al buon svolgimento delle operazioni e al benessere individuale e collettivo. Tutti i membri del team di soccorso dovrebbero ricevere una formazione adeguata per riconoscere i segni e i sintomi di disagio psicologico, sia in sé stessi che nei propri colleghi. I segnali comuni di disagio includono una riduzione dell'interesse per attività che precedentemente suscitavano entusiasmo, irrequietezza, pensieri negativi sulla vita, una sensazione di "mancanza di senso" nelle cose, passività e disimpegno dalle relazioni e dagli interessi, spesso causati da affaticamento e stanchezza. La consapevolezza di questi segnali è cruciale per intervenire tempestivamente e prevenire il peggioramento della condizione psicologica.

Inoltre, è fondamentale organizzare incontri periodici con specialisti, come psicologi dell'emergenza o psichiatri, per fornire al team gli strumenti necessari per riconoscere i segnali di disagio e apprendere le modalità di supporto psicologico. Questi incontri consentirebbero non solo di acquisire competenze pratiche, ma anche di creare un ambiente di lavoro in cui il supporto reciproco tra colleghi diventa una priorità.

In una situazione catastrofica, ogni membro del team può affrontare reazioni emotive simili, pertanto è essenziale che i membri del gruppo si conoscano bene e si sostengano a vicenda. Nel caso in cui emergano segnali di disagio psicologico, il team dovrebbe essere in grado di attivare l'intervento di uno specialista in psicologia dell'emergenza, che possa seguire un percorso terapeutico specifico, mirato a supportare il benessere mentale del soccorritore e garantire l'efficacia delle operazioni.

3.4 SCALE DI VALUTAZIONE DELLA RESILIENZA

SCALA HAWRS

Gli operatori umanitari affrontano varie sfide nei disastri, che incidono sul loro benessere. Essere resilienti può aiutare i volontari ad adattarsi a essi, è stato condotto uno studio per la formazione di una scala di valutazione attraverso un questionario che mira a valutare la resilienza degli operatori umanitari nei disastri.

La scala è formata da 31 items e a seconda delle voci dovranno segnare una X sulla frequenza desiderata come: Mai, Raramente, A volte, Spesso, Sempre.

La scala viene così strutturata:

MAI	RARAMENTE	A VOLTE	SPESSO	SEMPRE
-----	-----------	---------	--------	--------

- la folla ha un impatto positivo sulla mia prestazione
- l'insicurezza della scena del disastro impedisce di svolgere il mio lavoro:
- lo stress dell'incontro con la scena del disastro ha un impatto negativo sulle mie prestazioni:
- sulla scena del disastro il cattivo comportamento della persona ferita mi ha deluso:
- credo nelle mie capacità personali:
- ho ricevuto la formazione necessaria per gestire lo stress in caso di catastrofi:
- mi piace il lavoro di squadra:
- posso comunicare bene con i membri del team:
- dimentico i brutti ricordi della missione con l'aiuto dei metodi che ho imparato:
- utilizzo tecniche di rilassamento per ridurre lo stress:
- mi sto consultando con gli altri di fronte allo stress:
- di fronte ai problemi in una scena di catastrofe la preghiera mi dà sollievo:
- l'organizzazione sceglie individui competenti come leader nelle missioni:
- l'organizzazione ha dei piani per affrontare la crisi:
- l'organizzazione fornisce cibo e strutture per i volontari nelle missioni:
- i rinforzi arrivano puntuali nelle missioni:
- l'organizzazione ha in programma di preparare i volontari prima della missione:
- per i volontari verrà svolta una formazione professionale:
- le esperienze dei volontari sono importanti per le autorità dell'organizzazione:
- creare motivazione fa parte dei piani delle autorità:
- ai volontari verrà offerto supporto psicologico:

- saranno a disposizione dei volontari strutture e attrezzature all'avanguardia:
- l'organizzazione fornisce ai volontari informazioni complete sulla missione:
- i volontari si sostengono a vicenda:
- i volontari hanno relazioni amichevoli tra loro nelle missioni:
- il lavoro di squadra viene svolto in missione:
- la mia famiglia è d'accordo con la mia presenza nelle missioni:
- la mia famiglia mi sostiene quando sono in missione:
- comunicare con la mia famiglia durante le missioni mi dà energia positiva:
- i miei sostengono le attività di volontariato:
- la gente apprezza i volontari:

CONNOR DAVIDSON RESILIENCE SCALE

La Connor-Davidson Resilience Scale è un test che misura la resilienza, ovvero la capacità di una persona di riprendersi dopo eventi stressanti, tragedie o traumi.

La resilienza ci dà la capacità di prosperare di fronte alle avversità. Coloro che sono resilienti sono più capaci di superare i traumi della vita.

La scala di resilienza di Connor Davidson misura diverse componenti della resilienza:

La capacità di adattarsi al cambiamento.

La capacità di affrontare ciò che accade.

La capacità di affrontare lo stress.

La capacità di rimanere concentrati e di pensare in modo chiaro.

La capacità di non scoraggiarsi di fronte al fallimento.

La capacità di gestire sentimenti spiacevoli come rabbia, dolore o tristezza.

Esistono tre tipologie di questa scala, da 2, 10 e 25 items e i punti che ritroviamo nelle tre scale sono diversi, se ne citano alcuni:

Sono capace di adattarmi quando si verificano dei cambiamenti.

Sono in grado di affrontare qualsiasi cosa mi capiti.

Quando mi trovo ad affrontare dei problemi, cerco di vedere il lato divertente delle cose.

Dovendo affrontare lo stress posso diventare più forte.

Sotto pressione, resto concentrato e penso lucidamente.

Non mi scoraggio facilmente di fronte ai fallimenti.

Mi considero una persona forte quando si tratta di affrontare le sfide e le difficoltà della vita.

Sono in grado di gestire sentimenti spiacevoli o dolorosi come tristezza, paura e rabbia.

Nella scala da 10 items ogni elemento viene valutato su una scala a 5 punti che va da "per niente vero" o "vero quasi sempre" ed il punteggio può andare da 0 a 40.

Nella scala da 25 items ogni elemento si valuta con una scala da 5 punti che va da "per niente vero" o "zero" a "quasi sempre vero" o "quattro" il punteggio totale va da 0 a 100.

CAPITOLO 4 STUDIO: LA RILEVAZIONE DELLA RESILIENZA NEGLI INFERMIERI IMPEGNATI NEI SOCCORSI UMANITARI

Essere infermieri significa affrontare ogni giorno sfide imprevedibili, momenti di sofferenza, e situazioni che mettono alla prova il nostro corpo e la nostra mente. Significa essere presenti per i pazienti nei loro momenti più vulnerabili, offrire conforto, cura e professionalità, anche quando essi sono stanchi, sotto pressione o emotivamente provati.

Ma cosa permette loro di andare avanti? La resilienza.

La resilienza è quella forza interiore che consente di affrontare le difficoltà senza lasciarsi sopraffare. È la capacità di adattarsi, di trovare un equilibrio tra la dedizione al lavoro e il rispetto per il benessere personale. Non significa essere immuni allo stress o alla fatica, ma piuttosto saperli gestire, trovare strategie per non perdere la motivazione e, soprattutto, per prendersi cura di loro stessi mentre essi si prendono cura del prossimo.

Essere resilienti non è una dote innata, ma una competenza che si costruisce con il supporto dei colleghi, in un ambiente di lavoro sano, con la formazione continua, ma anche con la consapevolezza che prendersi una pausa non è un segno di debolezza, ma di intelligenza. Si costruisce con la capacità di chiedere aiuto quando necessario, con la voglia di migliorarsi ogni giorno e con la certezza che, nonostante le difficoltà, il lavoro ha un valore immenso.

4.1 INTRODUZIONE ALLO STUDIO

Dal punto di vista dei ricercatori, la resilienza è una componente necessaria per il successo nell'assistenza infermieristica perché le condizioni di lavoro sarebbero molto difficili in assenza di resilienza. La resilienza può essere definita come il mantenimento o il rapido recupero della salute mentale durante o dopo periodi di esposizione a fattori di stress, che possono derivare da un evento potenzialmente traumatico, da circostanze di vita difficili, da una fase critica di transizione della vita o da una malattia fisica. Gli operatori sanitari, come infermieri, medici, psicologi e assistenti sociali, sono esposti a vari fattori di stress correlati al lavoro (ad esempio, assistenza ai pazienti, pressione del tempo, amministrazione) e sono a maggior rischio di sviluppare disturbi mentali. Questa popolazione può trarre beneficio da programmi di formazione che promuovono la resi-

lienza. (Angela M. Kunzler et al, 2020) La resilienza è un fattore chiave che può ridurre il burnout nel personale professionale e avere un ruolo protettivo. In altre parole, la resilienza può aiutare le persone ad adattarsi alle proprie sfide. Molti fattori influenzano la resilienza dei volontari. Riconoscere questi fattori è importante e utile per le organizzazioni che impiegano volontari. (Hasan Ghodsi et al, 2019). Lo sviluppo della resilienza prevede un atteggiamento di persistenza di fronte all'ostacolo e di apertura al cambiamento. Questo concetto può essere inteso come la capacità di affrontare con perseveranza le difficoltà sperimentate nei diversi ambiti della propria vita, mantenendo una buona consapevolezza di sé. (Antonella Sisto et al, 2019)

4.2 OBIETTIVI

L'obiettivo generale dello studio è analizzare e sintetizzare le evidenze disponibili sulla resilienza negli infermieri, esplorando i principali fattori di rischio e protezione, le strategie di coping adottate e le implicazioni per la pratica clinica e la formazione professionale. Attraverso l'analisi critica delle ricerche esistenti, l'obiettivo specifico mira a identificare le aree di intervento prioritario per supportare la resilienza di questi professionisti nei diversi contesti lavorativi, in modo che riescano ad affrontare ogni giorno le sfide che il proprio lavoro gli presenta, senza farsi sopraffare da emozioni negative

4.3 MATERIALI E METODI

L'elaborazione di questo studio viene condotto mediante l'estrazione di articoli dalla banca dati PUBMED a partire da Novembre 2024 fino a Marzo 2025.

Sono stati combinati i seguenti termini MESH con l'operatore booleano "AND"

- Resilience
- Nursing
- Humanitarian Missions
- Disaster Medicine
- Study resilience

Il PICO utilizzato per la ricerca è il seguente

P (PAZIENTI)	Infermieri impegnati nelle missioni umanitarie, contesti di emergenza
I (INTERVENTI)	supporto psicologico durante le missioni umanitarie e nei contesti di emergenza
C	/
O (OUTCOME)	sviluppo resilienza e stabilità psicologica

Nella banca dati sono stati applicati i seguenti filtri: studi relativi agli ultimi 5 anni, con presenza di abstract, testo completo gratuito, revisione della letteratura. Successivamente a causa dei pochi articoli trovati per determinati argomenti, sono stati rimossi i filtri. Sono stati presi in considerazione tutti gli articoli sia in lingua inglese che in italiano

La revisione della letteratura è stata effettuata con più stringhe di ricerca:

dalla stringa di ricerca Humanitarian Missions AND Nursing sono stati ottenuti 76 articoli e ne sono stati selezionati 31, di questi 31 sono stati presi in considerazione 27 articoli, in seguito è stato aggiunto il termine MASH resilience e la stringa di ricerca così composta: Humanitarian Missions AND Nursing AND Resilience ha prodotto 4 risultati, dei quali ne sono stati presi in considerazione 2.

4.4 CRITERI DI INCLUSIONE

- infermieri che operano nelle missioni umanitarie
- infermieri dipartimento di emergenza
- infermieri che hanno operato nella pandemia Covid-19
- lingua di pubblicazione: inglese e italiano

4.4.1 CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono stati esclusi articoli:

- lingua di pubblicazione diversa da italiano o inglese
- non full text

4.5 TIMING

La ricerca è stata condotta da Novembre 2024 a Marzo 2025 e la conseguente analisi dei risultati è stata effettuata entro Marzo 2025.

4.6 LIMITI

I limiti del seguente studio sono stati caratterizzati dall'inclusione di articoli in lingua inglese e italiana, escludendo per cui articoli non elaborati nelle lingue sopra citate. Un altro limite è stato la presenza di molteplici articoli a pagamento che non hanno permesso un ulteriore approfondimento dello studio sulla rilevazione e la consolidazione della resilienza negli infermieri che sono impegnati nelle missioni umanitarie.

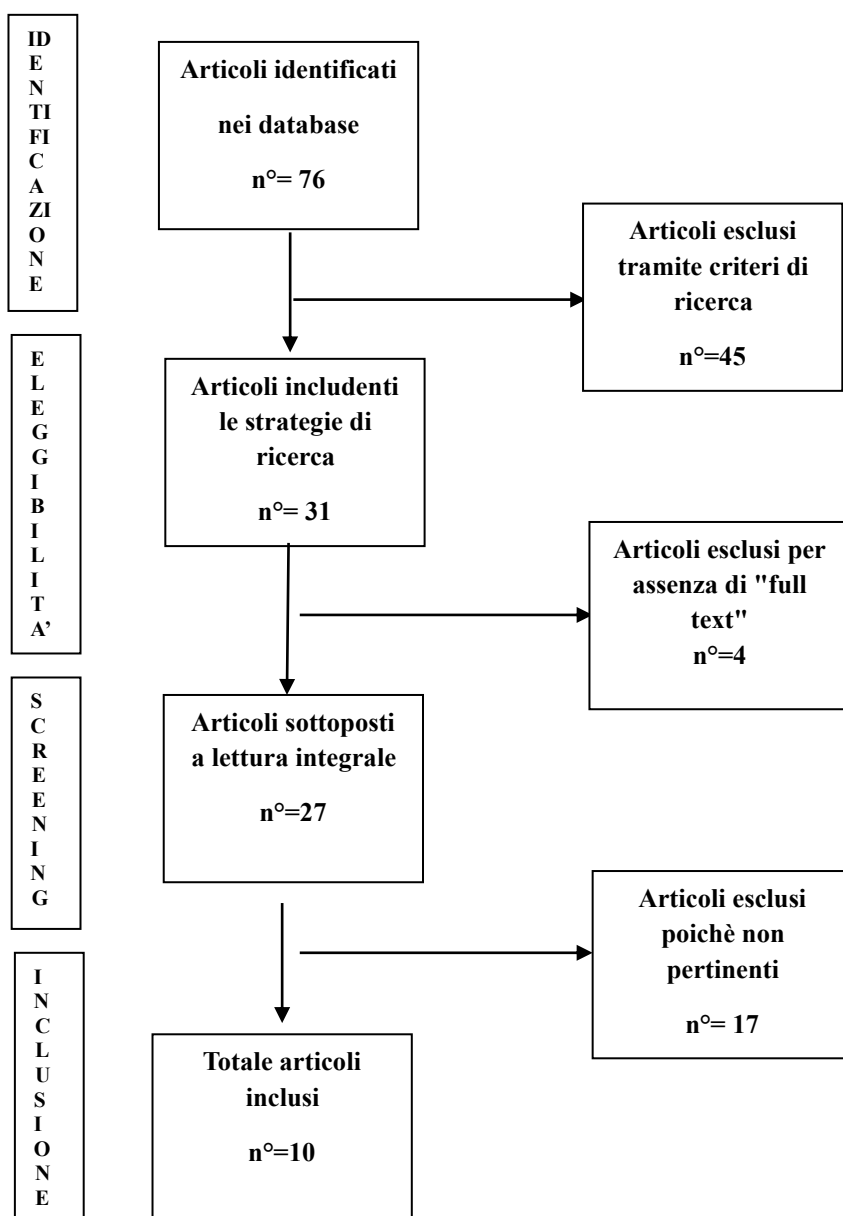


Fig. 1 Prisma Flow-Chart

4.7 TABELLE E RISULTATI

Titolo dello studio	Interventi per sostenere la resilienza e la salute mentale dei professionisti sanitari e dell'assistenza sociale in prima linea durante e dopo un'epidemia, un'epidemia o una pandemia: una revisione sistematica con metodi misti
Autore e anno di pubblicazione	Pollock A. et al. 2020
Tipologia di studio	Revisione della letteratura
Obiettivo	valutare gli effetti degli interventi volti a sostenere la resilienza e la salute mentale degli operatori sanitari e dell'assistenza sociale in prima linea durante e dopo uno scoppio di una malattia, un'epidemia o una pandemia.
Metodo di studio	Il 28 maggio 2020 abbiamo effettuato ricerche nel Cochrane Database of Systematic Reviews, CENTRAL, MEDLINE, Embase, Web of Science, PsycINFO, CINAHL, Global Index Medicus databases e WHO Institutional Repository for Information Sharing. Abbiamo anche effettuato ricerche nei registri delle sperimentazioni in corso e su Google Scholar. Abbiamo eseguito tutte le ricerche dall'anno 2002 in poi, senza restrizioni linguistiche.
Conclusioni	Quando si selezionano interventi volti a supportare la salute mentale degli operatori in prima linea, fattori organizzativi, sociali, personali e psicologici possono essere tutti importanti. La ricerca per determinare l'efficacia degli interventi è una priorità elevata.

Le epidemie di malattie dimostrano che gli operatori sanitari sono a rischio di sviluppare problemi di salute mentale a breve e lungo termine. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha messo in guardia sul potenziale impatto negativo della crisi sul benessere mentale dei professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale. I sintomi dei problemi di salute mentale includono comunemente depressione, ansia, stress e ulteriori problemi cognitivi e sociali; questi possono avere un impatto sulla funzionalità sul posto di lavoro. La salute mentale e la resilienza dei professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale in prima linea potrebbero essere supportate durante le epidemie di

malattie da interventi sul posto di lavoro, interventi per supportare le esigenze quotidiane di base, interventi di supporto psicologico, interventi farmacologici o una combinazione di uno o tutti questi. Sono inclusi studi in cui i partecipanti erano professionisti sanitari e dell'assistenza sociale che lavoravano in prima linea durante le epidemie di malattie infettive, classificate come epidemie o pandemie dall'OMS. abbiamo incluso prove quantitative da studi randomizzati, studi non randomizzati, studi controllati prima-dopo e studi di serie temporali interrotte, che hanno indagato l'effetto di qualsiasi intervento a supporto della salute mentale o della resilienza, rispetto a nessun intervento, cure standard, placebo o intervento di controllo dell'attenzione o altri interventi attivi. Questo studio ha fornito prove con un grado di certezza molto basso sull'effetto della formazione degli operatori sanitari in prima linea per fornire il primo soccorso psicologico su una misura del burnout.

Titolo dello studio	Interventi psicologici per promuovere la resilienza negli operatori sanitari
Autore e anno di pubblicazione	Kunzler AM et al. 2020
Tipologia di studio	Revisione della letteratura
Obiettivo	Valutare gli effetti degli interventi volti a promuovere la resilienza negli operatori sanitari.
Metodo di studio	ricerche su CENTRAL, MEDLINE, Embase, altri 11 database e tre registri di trial dal 1990 a giugno 2019. Abbiamo controllato le liste di riferimento e contattato ricercatori nel settore. Abbiamo aggiornato questa ricerca in quattro database chiave a giugno 2020
Conclusioni	risultati della revisione forniscono prove molto incerte sul fatto che i programmi di formazione alla resilienza possano essere utili per stabilizzare e migliorare la salute mentale degli operatori sanitari in quanto gruppo professionale con elevata esposizione a fattori di stress.

I partecipanti sono stati inclusi indipendentemente dal loro stato di salute.

Al momento dell'intervento, gli individui dovevano essere esposti a potenziali rischi o fattori di stress, cosa che è stata garantita concentrandosi sul personale sanitario in

questa. Abbiamo incluso studi che coinvolgevano campioni misti (ad esempio personale di ambulanze e vigili del fuoco) nella revisione

Interventi per promuovere la resilienza sono stati sviluppati e condotti in una varietà di popolazioni cliniche e non cliniche utilizzando vari formati, come programmi multimediali o contesti faccia a faccia, e sono stati forniti in un contesto di gruppo o individuale. Ad oggi, sono stati testati anche diversi programmi di formazione che si concentrano specificamente sulla promozione della resilienza nei professionisti sanitari. Tuttavia, le prove empiriche sull'efficacia di questi interventi non sono ancora chiare e richiedono ulteriori ricerche.

Per i professionisti sanitari, una continua formazione psicologica può migliorare la resilienza e può ridurre i sintomi di depressione e stress subito dopo la fine del trattamento. Gli interventi di resilienza non sembrano ridurre i sintomi di ansia o migliorare il benessere. Tuttavia, le prove trovate in questa revisione sono limitate e molto incerte.

Titolo dello studio	Esperienza nello sviluppo della resilienza personale degli infermieri: una meta-sintesi
Autore e anno di pubblicazione	Han P. et al. 2023
Tipologia di studio	Meta- sintesi
Obiettivo	L'obiettivo di questa revisione era di riassumere le esperienze di sviluppo della resilienza degli infermieri ed esplorare le ragioni della formazione della resilienza esaminando i risultati degli studi qualitativi esistenti.
Metodo di studio	È stato utilizzato un approccio di meta-sintesi per combinare e presentare i risultati qualitativi. Sono stati ricercati articoli pertinenti e i dati sono stati estratti e valutati criticamente utilizzando una sintesi tematica basata sui tre passaggi delineati da Thomas e Harden: codifica del testo riga per riga; sviluppo di temi descrittivi; generazione di temi analitici
Conclusioni	Gli infermieri sembrano affrontare bene le sfide del ruolo quando hanno una forte qualità psicologica e un supporto adeguato. La resilienza è probabile quando gli infermieri elaborano le loro esperienze cognitivamente tramite l'articolazione linguistica dei loro pensieri e sentimenti

Questo studio intendeva identificare, valutare e sintetizzare i dati degli studi qualitativi che descrivono la resilienza dal punto di vista degli infermieri clinici. Lo scopo è riassumere le esperienze di sviluppo della resilienza degli infermieri ed esplorare le ragioni della formazione della resilienza esaminando i risultati degli studi qualitativi esistenti. È stato utilizzato un approccio di meta-sintesi per combinare e presentare i risultati qualitativi. Molte infermiere ritenevano che la loro esperienza nel lavoro clinico le avesse aiutate a sviluppare una buona qualità psicologica e a migliorare la loro capacità di affrontare i problemi. Diversi anni di esperienza lavorativa le hanno aiutate a sviluppare la resilienza, Il distacco emotivo ha aiutato gli infermieri a liberarsi delle emozioni negative di fronte a situazioni avverse. La necessità di staccarsi emotivamente dal loro lavoro era prevalente, la tenacia e l'ottimismo erano importanti qualità psicologiche per gli infermieri perché il lavoro infermieristico era complicato. A causa del trattamento ingiusto nel lavoro e nella vita, come stipendi più bassi, turni di notte, lavoro complesso o altre pressioni e avversità, gli infermieri con elevata resilienza avrebbero attivamente condotto un autocontrollo e sarebbero rimasti forti e ottimisti, infine puntano sui valori professionali ammettendo che gli infermieri con una passione per la professione potrebbero sviluppare resilienza.

Titolo dello studio	Le principali caratteristiche della resilienza negli operatori sanitari: una revisione di ambito
Autore e anno di pubblicazione	Akbar S. et al. 2022
Tipologia di studio	Revisione della letteratura
Obiettivo	La presente revisione mira a illustrare le caratteristiche individuali e contestuali del miglioramento della resilienza nelle professioni sanitarie.
Metodo di studio	ricercando nei database online come PubMed, Embase, Scopus, Web of Science e Google Scholar da gennaio 2014 a dicembre 2020 utilizzando una combinazione di termini di immissione MESH ed Emtree e parole chiave libere.
Conclusioni	Occorre considerare la personalità sanitaria, l'auto-cura, i supporti organizzativi, la capacità geografica, l'infrastruttura adatta, le attività di escalation e la differenza tra le professioni sanitarie per

	migliorare la resilienza degli operatori sanitari.
--	--

Sheikhbardsiri et al. hanno affermato che le università di scienze mediche e gli operatori sanitari dovrebbero prepararsi adeguatamente alle emergenze e ai disastri. Ciò include i team di assistenza medica in caso di calamità e il piano operativo completo di risposta alle emergenze e ai disastri Jovanovic et al. si sono concentrati sull'aumento della resilienza delle infrastrutture sanitarie, inclusa la preparazione degli operatori sanitari nella crisi del Covid-19 Un altro studio ha sottolineato che è necessario massimizzare la resilienza degli operatori sanitari in diversi disastri sulla base delle lezioni apprese dall'epidemia di Ebola in Africa.

Titolo dello studio	Intervento psicologico per promuovere la resilienza negli infermieri: una revisione sistematica e una meta-analisi
Autore e anno di pubblicazione	Han SJ. et al. 2023
Tipologia di studio	Revisione sistematica e meta-analisi
Obiettivo	La presente revisione mira a illustrare le caratteristiche individuali e contestuali del miglioramento della resilienza nelle professioni sanitarie.
Metodo di studio	applicavano interventi psicologici agli infermieri Indipendentemente da dove fosse stato erogato l'intervento, abbiamo incluso studi che fornivano interventi individuali o di gruppo per gli infermieri. Abbiamo anche incluso studi con un gruppo di controllo che non forniva interventi psicologici per migliorare la resilienza o un gruppo di confronto che forniva istruzione generale o consulenza. Per l'esito abbiamo selezionato studi che avevano un valore per l'esito di resilienza misurato dopo l'intervento psicologico per gli infermieri
Conclusioni	Un programma incentrato sulla regolazione delle emozioni, sul rilassamento e sull'autocompassione come contenuti principali ha portato a un miglioramento della resilienza. Tra questi fattori, la regolazione delle emozioni ha avuto il maggiore effetto sulla resilienza.

Questo studio ha esaminato vari studi sull'efficacia degli interventi psicologici volti a migliorare la resilienza degli infermieri. I risultati hanno indicato che gli interventi

psicologici sono stati efficaci nel migliorare la resilienza degli infermieri non solo immediatamente dopo l'intervento, ma anche per un breve periodo fino a tre mesi. Questo studio fornisce utili e importanti prove secondarie per guidare lo sviluppo di programmi di promozione della resilienza.

Titolo dello studio	Resilienza negli operatori umanitari: comprendere i processi di Sviluppo
Autore e anno di pubblicazione	Amanda C. et al. 2015
Tipologia di studio	Studio qualitativo e quantitativo
Obiettivo	valutare un modello teorico che esamina l'interazione di tre categorie di fattori protettivi: Disposizionali (caratteristiche individuali come età, genere, stato di salute). Cognitivi (strategie di coping, autoefficacia, locus of control, ottimismo). Ambientali (reti di supporto sociale).
Metodo di studio	approccio misto (quantitativo e qualitativo) diviso in due fasi: Studio longitudinale qualitativo e interviste qualitative
Conclusioni	il disimpegno mentale peggiora la capacità di resilienza a lungo termine. il mantenimento di forti reti di supporto è fondamentale per il benessere psicologico. programmi specifici di preparazione mentale e supporto psicologico pre e post-missione possono migliorare la resilienza dei lavoratori umanitari.

Lo studio suggerisce che per potenziare la resilienza dei lavoratori, le organizzazioni dovrebbero adottare strategie mirate in tre aree fondamentali:

Formazione Pre-Missione: Preparare mentalmente i lavoratori tramite tecniche come l'immaginazione guidata e la mindfulness. Questi strumenti aiutano il professionista ad affrontare in anticipo gli scenari difficili che potrebbero incontrare sul campo.

Supporto Durante la Missione: Offrire accesso costante a servizi di consulenza psicologica e incoraggiare la costruzione di reti di supporto sociale. Il contatto regolare con la famiglia e i colleghi può fare la differenza nel mantenere la salute mentale.

Debriefing Post-Missione: Implementare sessioni di debriefing strutturate al rientro dalla missione per consentire ai lavoratori di elaborare le esperienze traumatiche e prevenire lo sviluppo di disturbi come il PTSD.

Titolo dello studio	Resilienza dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria: una revisione sistematica
Autore e anno di pubblicazione	Helen D.R. et al. 2016
Tipologia di studio	Revisione sistematica della letteratura
Obiettivo	Esaminare definizioni e misure di resilienza, identificare caratteristiche e componenti e sintetizzare le prove attuali sulla resilienza nei professionisti dell'assistenza sanitaria di base.
Metodo di studio	I database Ovid Embase [®] , CINAHL, PsycINFO e Scopus sono stati consultati a dicembre 2014. La selezione del testo e l'estrazione dei dati sono state condotte da revisori accoppiati che lavoravano in modo indipendente. I dati sono stati estratti sulle definizioni di resilienza dei professionisti sanitari e sui fattori associati.
Conclusioni	La resilienza dei professionisti sanitari è multiforme, combinando tratti personali discreti con caratteristiche personali, sociali e lavorative.

Questa revisione ha rilevato che la resilienza dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria è multifattoriale. Fattori sociali, personali e di stile di vita che influenzano la resilienza sono stati studiati in diversi studi. Una maggiore resilienza è stata associata all'attività fisica. Le attività domestiche e sociali possono essere interrotte dal lavoro o dalla preoccupazione per il lavoro e viceversa, il che si traduce in tensioni e questo a sua volta può influire negativamente sulla resilienza. Quando c'è stress nel tempo libero, la resilienza può essere aumentata migliorando le strategie di coping, incluso l'uso di attività. Il supporto familiare, insieme alla resilienza e all'elevata crescita percepita, è stato un fattore protettivo per il burnout. Due studi hanno suggerito che il tempo libero allevia lo stress. Uno di questi studi ha inoltre suggerito che alleviare le tensioni attraverso il tempo libero può aiutare a mantenere la resilienza, a causa dello spostamento dell'attenzione dal lavoro. La resilienza nel professionista è rappresentata dal continuare a svolgere bene le proprie mansioni, adattarsi alle circostanze mutevoli e mantenere un senso di realizzazione professionale e personale. È probabile che la

resilienza nei professionisti dell'assistenza primaria sia sostenuta da tratti di elevata autodeterminazione, elevata persistenza e bassa evitamento del danno.

Titolo dello studio	Fattori che influenzano la fornitura di assistenza sanitaria in un'operazione umanitaria nell'Africa occidentale: uno studio qualitativo
Autore e anno di pubblicazione	Agnello D. 2018
Tipologia di studio	Studio qualitativo
Obiettivo	Quali fattori hanno contribuito a costruire la resilienza del personale agli stressor associati alla missione e possono aiutare a proteggere i loro risultati di salute mentale a lungo termine.
Metodo di studio	Mediante grounded theory per sondare i resoconti personali di queste esperienze. Sono state condotte interviste semi-strutturate su 14 membri del personale multidisciplinare 3-6 mesi dopo il loro ritorno nel Regno Unito e sono state trascritte alla lettera.
Conclusioni	formazione collettiva pre-dispiegamento ha generato competenza, sicurezza e coesione di squadra, fornendo una solida base per affrontare le sfide di questa missione umanitaria, che ha continuato a rafforzarsi durante l'impiego. Questi fattori hanno contribuito a costruire la resilienza del personale

Fattori di stress come un flusso di informazioni scadente, la paura dell'ignoto, vincoli ambientali e confini transculturali all'assistenza sono stati mitigati da una forte leadership, dal lavoro di squadra, dal supporto tra pari e dall'impatto positivo dell'aver fatto la differenza. La formazione collettiva pre-dispiegamento ha generato competenza, sicurezza e coesione di squadra, fornendo una solida base per affrontare le sfide di questa missione umanitaria, che ha continuato a rafforzarsi durante l'impiego. Questi fattori hanno contribuito a costruire la resilienza del personale agli stressor associati alla missione e possono aiutare a proteggere i loro risultati di salute mentale a lungo termine.

Titolo dello studio	Sviluppo e valutazione psicometrica dello strumento di resilienza professionale degli infermieri di emergenza
Autore e anno di pubblicazione	Norouzinia R. et al. 2022
Tipologia di studio	studio esplorativo sequenziale con metodo misto
Obiettivo	valutare le proprietà psicometriche di un nuovo strumento specifico per la valutazione della resilienza professionale degli infermieri
Metodo di studio	generazione di item utilizzando la revisione della letteratura e la valutazione dei risultati di uno studio qualitativo e valutazione psicometrica della scala sviluppata.
Conclusioni	lo strumento di resilienza professionale degli infermieri di emergenza può essere utilizzato dai responsabili sanitari come una scala valida e affidabile per valutare la resilienza professionale degli infermieri e classificarli come infermieri che lavorano in situazioni di emergenza e calamità.

L'assistenza infermieristica d'urgenza può creare sfide emotive per molti infermieri a causa della sua imprevedibilità e stress. Gli infermieri devono sviluppare resilienza per affrontare i problemi professionali e mantenere la propria salute mentale. È necessario uno strumento speciale per misurare la resilienza professionale degli infermieri d'urgenza. Di conseguenza, abbiamo progettato e sviluppato una nuova scala utilizzando variabili multiformi e le abbiamo rese operative sulla scala convalidata. La scala finale era composta da 37 elementi e cinque fattori che spiegavano la varianza totale. I responsabili sanitari potrebbero utilizzare questa scala per valutare la resilienza professionale degli infermieri e designarli come infermieri che lavorano in situazioni di emergenza e disastro.

Titolo dello studio	Infermieri formati a livello internazionale e resilienza: una revisione sistematica della letteratura
Autore e anno di pubblicazione	Linea N. et al. 2022
Tipologia di studio	Revisione della letteratura
Obiettivo	Infermieri formati a livello internazionale e resilienza: una revisione sistematica della letteratura
Metodo di studio	ricerca sistematica di articoli qualitativi e misti sottoposti a revisione paritaria che riportano ricerche empiriche nei database MEDLINE, CINAHL, PsycINFO e Academic Search Ultimate. Il rigore metodologico è stato valutato dalla checklist di Joanna Briggs, ed è stato scelto un framework ecologico strutturato basato su temi, ispirato al modello di resilienza di Ungar.
Conclusioni	La resilienza dipende da una combinazione di fattori protettivi individuali e contestuali, con enfasi principale sui fattori protettivi individuali.

La resilienza degli infermieri con formazione internazionale dipende da una combinazione di fattori protettivi individuali e contestuali, con enfasi principale sui fattori protettivi individuali. È fondamentale considerare la resilienza per garantire che l'esperienza degli infermieri con formazione internazionale sia apprezzata, poiché ciò è necessario se gli infermieri devono fornire il miglior servizio sanitario possibile mentre si integrano nel paese ospitante.

DISCUSSIONE

Dallo studio condotto si evince chiaramente che la resilienza sia una caratteristica essenziale per gli infermieri che operano in contesti ad alta pressione, come le missioni umanitarie, le catastrofi naturali e le emergenze sanitarie. La capacità degli operatori sanitari, in particolar modo degli infermieri di adattarsi, gestire lo stress e mantenere un equilibrio psicologico è fondamentale per garantire un'assistenza efficace e sicura ai pazienti, senza compromettere il proprio benessere personale. I risultati della revisione della letteratura evidenziano diversi fattori che influenzano la resilienza negli infermieri. Tra i principali fattori di rischio si può riscontrare l'esposizione prolungata a

situazioni traumatiche, la scarsità di risorse e il forte carico emotivo derivante dalla gestione di pazienti in condizioni critiche. D'altra parte, tra i fattori protettivi emergono il supporto tra colleghi, la formazione continua, la possibilità di accedere a percorsi di supporto psicologico e l'adozione di strategie di coping efficaci.

A seguito di questo studio si può comprendere che le strategie più efficaci per promuovere la resilienza comprendono interventi mirati di supporto psicologico, come il debriefing post-missione, la formazione specifica sulla gestione dello stress e l'integrazione di programmi di benessere mentale nelle istituzioni sanitarie. Inoltre, è fondamentale promuovere ambienti di lavoro che favoriscano il sostegno reciproco e la condivisione delle esperienze tra colleghi, al fine di ridurre il rischio di burnout e disturbo post-traumatico da stress.

Un altro aspetto rilevante emerso dallo studio riguarda l'importanza dell'auto-consapevolezza e della cura di sé per gli infermieri. Spesso, infatti, questi professionisti tendono a trascurare il proprio benessere bio psico sociale a favore delle necessità dei pazienti, aumentando così il rischio di esaurimento psicofisico. Promuovere una cultura in cui prendersi cura di sé sia considerato un valore, e non una debolezza, è un obiettivo cruciale per garantire la sostenibilità della professione infermieristica nel lungo termine.

CONCLUSIONI

In conclusione, la resilienza negli infermieri viene definita come un elemento chiave per affrontare le difficoltà quotidiane e i contesti di emergenza con efficacia e sicurezza. È necessario investire in strategie di supporto e formazione per potenziare questa capacità, riconoscendo il ruolo centrale degli infermieri nella gestione delle crisi sanitarie e nella tutela della salute globale. Il rafforzamento della resilienza da parte degli infermieri non solo migliorerà la qualità dell'assistenza offerta ai pazienti, ma contribuirà anche a garantire il benessere psicofisico di loro stessi, permettendo di continuare a svolgere il proprio lavoro con dedizione e competenza. Investire nella formazione sulla gestione dello stress, promuovere ambienti di lavoro collaborativi e offrire supporto psicologico agli operatori sanitari rappresentano interventi fondamentali per garantire il benessere psicologico del personale e la qualità dell'assistenza. È auspicabile che le istituzioni sanitarie implementino attività mirate al potenziamento della resilienza, riconoscendo il suo grande valore e la complessità del lavoro infermieristico.

In un mondo in cui le emergenze sanitarie e le crisi globali sono sempre più frequenti, è essenziale garantire che gli infermieri siano adeguatamente preparati non solo dal punto di vista tecnico, ma anche emotivo e psicologico. La resilienza non è solo una risorsa per il singolo operatore, ma un elemento chiave per la sostenibilità dell'intero sistema sanitario. Per lo sviluppo e la valutazione della resilienza è fondamentale avvalersi di strumenti validi per valutare il livello individuando eventuali strategie di supporto. La scala HAWRS, progettata appositamente per gli operatori umanitari, consente di misurare le capacità di gestione dello stress, il senso di autoefficacia e l'adattabilità in situazioni complesse. Analogamente, la Connor-Davidson Resilience Scale, ampiamente applicata nel settore sanitario, permette di esaminare la capacità di affrontare eventi traumatici e di sviluppare strategie efficaci per resistere allo stress.

L'impiego di queste scale non si limita alla semplice valutazione, ma rappresenta un punto di partenza cruciale per promuovere il benessere degli infermieri. Identificare le loro risorse di resilienza e le eventuali difficoltà consente di implementare interventi mirati, migliorando la loro salute mentale e la qualità dell'assistenza fornita.

BIBLIOGRAFIA E STILOGRAFIA

<https://www.infermiereonline.org/2018/12/12/gli-infermieri-in-missioni-umanitarie-internazionali-le-ripercussioni-sul-rientro-a-casa/#:~:text=I%20principali%20interventi%20e%20responsabilit%C3%A0,maxi%20emergenza%20(Mass%20Casualty%20Plan)>, ultimo accesso il 30/11/2024

<<https://www.nurse24.it/infermiere/lavorare-come-infermiere/nuovi-bisogni-salute-societa-multiculturale.html>>, ultimo accesso il 30/11/2024

Mann SK, Marwaha R, Torrico TJ. Posttraumatic Stress Disorder. 2024 Feb 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 32644555. ultimo accesso il 08/12/2024

<<https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/maxiemergenza-gestione-soccorsi-catastrofe.html> > ultimo accesso il 08/12/2024

<<https://www.ospedalemarialuigia.it/disturbi-trauma-stress/ptsd-disturbo-post-traumatico-stress/> > ultimo accesso il 08/12/2024

<<https://www.globalcharter.com/it/post/differences-between-air-ambulance-medevac-and-casevac> > ultimo accesso il 15/12/2024

< <https://www.aimcnet.it/documenti-nazionali/> > ultimo accesso il 15/12/2024

<https://www.ausl.re.it/allegati/MET2014GeneralitaCatastrofilow_140408105957.pdf> ultimo accesso il 15/12/2024>

< <https://gam-medical.com/tipologie-di-trauma/> > ultimo accesso il 20/02/2025

Pietrantoni L., Prati G., Palestini L. (2008) “Il primo soccorso psicologico nella maxiemergenze e nei disastri. Un manuale operativo”. Club Editore> ultimo accesso il 20/02/2025

Axia V., (2006) “Emergenza e psicologia. Mente umana, pericolo e sopravvivenza.”. Il Mulino, Milano. > ultimo accesso il 20/02/2025

< <https://www.mdpi.com/1648-9144/58/2/327> >ultimo accesso il 21/02/2025

Velana M, Rinkenauer G. Interventi a livello individuale per ridurre lo stress correlato al lavoro e migliorare le strategie di coping tra gli infermieri: una revisione sistematica. *Front Psychol.* 19 luglio 2021; 12: 708696. doi: 10.3389/fpsyg.2021.708696. PMID: 34349711; PMCID: PMC8326445. > ultimo accesso il 27/02/2025

< <https://psicoterapiascientifica.it/strategie-di-coping/> > ultimo accesso il 27/02/2025

< <https://www.in-psychology.it/strumenti-la-rilevazione-del-burnout/>> ultimo accesso il 05/03/2025

<Tol WA, Le PD, Harrison SL, Galappatti A, Annan J, Baingana FK, Betancourt TS, Bizouerne C, Eaton J, Engels M, Hijazi Z, Horn RR, Jordans MJD, Kohrt BA, Koyiet P, Panter-Brick C, Pluess M, Rahman A, Silove D, Tomlinson M, Uribe-Restrepo JM, Ventevogel P, Weissbecker I, Ager A, van Ommeren M. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: research priorities for 2021-30. *Lancet Glob Health.* 2023 Jun;11(6):e969-e975. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00128-6. Epub 2023 Apr 25. PMID: 37116530; PMCID: PMC10188364.> ultimo accesso il 10/03/20125

<Corey J, Vallières F, Frawley T, De Brún A, Davidson S, Gilmore B. A Rapid Realist Review of Group Psychological First Aid for Humanitarian Workers and Volunteers. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 4;18(4):1452. doi: 10.3390/ijerph18041452. PMID: 33557186; PMCID: PMC7913971.> Ultimo accesso il 10/03/2025

Kao CL, Chien LC, Wang MC, Tang JS, Huang PC, Chuang CC, Shih CL. Lo sviluppo di nuove tecnologie remote nell'istruzione in medicina delle catastrofi: una revisione di scoping. *Front Public Health.* 24 marzo 2023;11:1029558. doi: 10.3389/fpubh.2023.1029558. PMID: 37033011; PMCID: PMC10080133.

Davis RS, Connelly LK. Nursing and en route care: history in time of war. *US Army Med Dep J.* 2011 Oct-Dec:45-50. PMID: 22124872.

Cuellar ET. Care and meaning in war zone nursing. *Nurs Clin North Am.* 2009 Dec;44(4):483-93. doi: 10.1016/j.cnur.2009.07.004. PMID: 19850184.

Segev R, Suliman M, Gorodetzer R, Zukin L, Spitz A. Nursing roles in disaster zones: Experiences and lessons from Turkey's 2023 earthquakes. *Int Nurs Rev.* 2025 Mar;72(1):e12964. doi: 10.1111/inr.12964. Epub 2024 Apr 11. PMID: 38602067; PMCID: PMC11739550.

Kao CL, Chien LC, Wang MC, Tang JS, Huang PC, Chuang CC, Shih CL. The development of new remote technologies in disaster medicine education: A scoping review. *Front Public Health.* 2023 Mar 24;11:1029558. doi: 10.3389/fpubh.2023.1029558. PMID: 37033011; PMCID: PMC10080133.

Agazio J, Goodman P, Opanubi O, McMullen P. Ethical Issues Encountered by Military Nurses During Wartime. *Annu Rev Nurs Res.* 2016;34:227-46. doi: 10.1891/0739-6686.34.227. PMID: 26673384.

McGuinness KM. The USNS Mercy and the changing landscape of humanitarian and disaster response. *Mil Med.* 2006 Oct;171(10 Suppl 1):48-52. doi: 10.7205/milmed.171.1s.48. PMID: 17447624.

Ghodsi H, Sohrabizadeh S, Khani Jazani R, Kavousi A. Sviluppo e convalida della scala di resilienza degli operatori umanitari (HAWRS). *Med J Islam Repub Iran* . 2019 (28 dic); 33:155. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.155>